

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
AZCAPOTZALCO
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

TRABAJO TERMINAL

SOCIOLOGIA Y TOXICOMANIAS.

ALUMNO: SERGIO GONZALEZ GONZALEZ

AGOSTO 10 DE 1988.

A ISA, con quien he compartido esta
amalgama de contradicciones y expe-
riencias que es la vida en los últi
mos cinco años y a quien amo profun-
damente.

I N D I C E

	PAGINA
1.- PRESENTACION	5
2.- ASPECTOS HISTORICO-CULTURALES Y SOCIOECONOMICOS	7
3.- SOCIOLOGIA E IDEOLOGIAS	16
3.1 ASPECTOS TRANSCULTURALES.....	18
3.2 DROGAS Y CONTRACULTURA	28
3.3 PUBLICIDAD Y TOXICOMANIAS	35
4.- DROGAS Y MARGINACION SOCIAL.....	40
5.- CLASIFICACION GENERAL	48
5.1 CLASIFICACION DE LAS DROGAS SEGUN LA O.M.S.	49
5.2 CLASIFICACION SEGUN LA SITUACION SOCIOLOGICA	53
5.2.1 DROGAS INSTITUCIONALIZADAS	55
5.2.2 DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS	62
5.3 INHALANTES	72
6.- PREVENCION Y EDUCACION (SANITARIA Y SOCIAL).....	74
6.1 FILOSOFIA Y METODOS PARA LA PREVENCION	80
6.2 FACTORES ANTIPREVENCION Y DIFICULTADES PARA LA PREVEN- CION	84
6.3 MODELOS METODOLOGICOS PARA LA PREVENCION	90
7.- METODOS TERAPEUTICOS Y SU EVOLUCION	95
BIBLIOGRAFIA	103

A P E N D I C E S

	PAGINA
1.- CONCEPTOS BASICOS	109
2.- ASPECTOS GENERALES	112
3.- TABLAS ESTADISTICAS	113

1.- PRESENTACION.

No es planteamiento de este trabajo el decir que hay que hacer o dejar de hacer ante el problema de los toxicómanos, más bien se pretende destacar algo que parece ilusorio y que se olvida con mucha frecuencia, y es pensar que las drogas son las culpables de las toxicomanías. Esto nos llevará a hablar del entramado cultural que rodea el uso de las sustancias calificadas de drogas examinando -- los valores existentes en el medio concreto, la finalidad de su uso y la función determinada que adquieren tales sustancias en las diferentes culturas. Para ello nos valdremos fundamentalmente de los datos aportados por la Etnología y la Antropología Cultural.

En este sentido las drogas pueden jugar papeles muy distintos que nosotros con nuestras pautas culturales les damos, el problema de las toxicomanías no radica en la sustancia más o menos adictiva sino sobre todo en individuos enmarcados en un sistema cultural concreto que hay que conocer a fondo (conocer la enfermedad para atacar el síntoma).

Ya que hemos dicho que las drogas juegan papeles muy distintos que nosotros con nuestras pautas culturales les damos, nos introduce necesariamente al problema de la legalidad/ilegalidad (drogas institucionalizadas/no institucionalizadas) de las drogas, problema - que estará latente a lo largo de todo el trabajo.

Así pues como ya se dijo, trataremos la relación de las drogas -- con la cultura y contracultura, los fenómenos hippies, junky, su desarrollo, la década de los sesenta y el surgimiento de una neo-cultura contracultural.

Haremos un estudio de la publicidad y la propaganda en relación a las toxicomanías para calibrar su influencia y peso específico en el uso y consumo de determinados tóxicos, de manera especial el alcohol y el tabaco, para terminar esta primera parte con un breve análisis sobre las drogas y la marginación social.

En la segunda parte de este trabajo, se intenta destacar la impor-

tancia de la prevención y la educación (sanitaria y social). Para ello se parte de la definición que la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), utiliza.

La O. M. S., define a la prevención como la defensa y la promoción de la salud, entendida estano como la simple ausencia de enfermedad sino"como el estado completo de bienestar, físico, mental y social".

También en este puntose tocan los factores antiprevención y las dificultades para la prevención, agrupadas en ocho categorías: metodológicos, de orden sanitario, psicológicos, culturales, legales, políticos, económicos y de inercia.

Así mismo se analizarán algunos modelos metodológicos para la prevención a partir de las características para elaborar normas o directrices orientativas en la organización de un programa educativo.

Agradezco al Profesor Armando Vega, la ayuda metodológica que prestó a lo largo de este trabajo, sin la cuál no podría haber sido posible su realización.

Agradezco también la colaboración de los Licenciados Adrián de Garay Sánchez, Roberto Javier Gutiérrez López y José Hernández Prado por su interés mostrado en la lectura de este trabajo, y cuyos comentarios facilitaron la terminación del mismo.

En especial quiero agradecer a mi madre y hermanos, por su apoyo, no sólo a lo largo de mi carrera, sino también en el desempeño de este trabajo.

2.- ASPECTOS HISTORICO-CULTURALES Y SOCIOECONOMICOS.

Cuando se aborda el problema de las drogas, se tiende a realizar una curiosa "exégenis" de los antecedentes del uso de determinados productos capaces de crear dependencia-adicción, pero, extrañamente, refiriéndolos a nuestro contexto y desgajándolos de su medio original. Ello permite a sesudos delirantes afirmar que: "Cada cultura tiene su droga", olvidando que, aún en la actualidad, existen ejemplos vivos de sustancias con las características definidas (síndrome de tolerancia, de querencia, de abstinencia), que son usados ampliamente dentro de la comunidad y que en esas circunstancias no desencadenen el fenómeno del "drogadicto", ni la problemática sanitaria de la Toxicomanía.

Como ejemplo tenemos el caso de los Indios de la Sierra Tarahumara, en el estado de Chihuahua, pertenecientes a la etnia Yaqui, que viven en una amplia agrupación agraria dispersa, de más de 50,000 personas, en la Sierra Madre Occidental.

El caso de los tarahumaras, además de una información contemporánea (Storm, K. 1985), están las informaciones de 1892 (Lumhaltz, 1904). Todo ello con los datos generales proporcionados por el monje Fray Bernardino de Sahagún (Pérez de Barradas, 1957).

Además, Hein, R. y Wasson, G.R. (1958), redescubrieron la persistente y no problemática habitualidad de consumo de peyote. Pero, ¿en qué circunstancias se consume?, ¿por qué mecanismos no se presentan fenómenos de drogodependencia o de toxicomanía?. Simplemente el consumo es litúrgico y ritual sólo en determinadas ocasiones al año, y con finalidades estrictamente místico-religiosas.

En la actualidad en México, se emplean hongos y cactus, en forma relativamente habitual, como ya se empleaban en las culturas pre-colombinas, con finalidades rituales estrictas y en ceremonias controladas, en una o dos ocasiones al año, como es el caso de la etnia Yaqui, o con fines adivinatorios y mágico-curativos en Oaxaca, Michoacán, etc.. También realizan estas prácticas los indios navajos en U. S. A.

No podemos olvidar los antecedentes de estas prácticas en el Viejo Mundo,, persistentes en Siberia hasta principios de este siglo.

En América Central y del Sur, persisten evidentemente, con más o menos pureza que en México o en U. S. A., los ritos adivinatorios con "drogas".

La Nicotina Tabacum y Rusticum, son usadas en Orinoco y Perú, y también la "Ayahuesca" (Wilbert, 1972; Weiss, 1973).

Por otra parte no cabe pensar que el cultivo de la adormidera --- (Font-Quer, P., 1986) constituía una excepción; de hecho las bebidas, constituyen en el área europea, y posteriormente con el fenómeno socioeconómico de la "colonización" la primera problemática toxicománigena, que por ser la primera y remontarse al primer período colonial, no nos acordamos del conflicto de salud que el alcohol - representó en América y Africa, por ejemplo. Es indudable que existían alcohólicos con anterioridad, pero aquí no nos centramos --- (Rosenstingl, R., 1982) en los excesos eventuales y rituales (Dionisios, Baco, Saturnalias, etc.), sino en la existencia de una verdadera patología alcohólica en el Egipto faraónico, precisamente - por la cerveza, sujeta a impuestos, y también nos referimos a la promoción del alcohol y del opio en nombre de la libertad...

Evidentemente la "Libertad de Comercio". La división entre países con gran sanidad mental - subdesarrollados - aunque con hambre y - pobreza, - que consumen el opio en pequeñas cantidades y sólo fuman do, sin el fenómeno social de la "drogadicción" y que incluso sólo lo consumen - los que quieren-, cuando no son aptos para el trabajo agrícola - plantan opio - y que lo tiene al alcance de sus manos fácil y legalmente, como el caso de los "meos" (Mc. Coy, A. M., 1982) y países con grandes desajustes en su higiene mental -industrializados- ávidos de heroína, teniendo legalizado un psicotropo de primera magnitud - el alcohol -, nos parece una simplificación absurda; como la de pensar que la economía del cultivo del opio en países -- subdesarrollados, o el caso reciente del cultivo de marihuana en Colombia, están fuera del ámbito del desarrollo económico- "neo-colonialista", con sus grandes empresas, interconectadas entre sí y con relaciones económico-financieras visibles o invisibles.

Pensar con el tipo de organización económica internacional, como la que padecemos a escala mundial, que existen sociedades víctimas de la heroína y estados productores es, con las características de la economía mundial, no darse cuenta que las divisiones entre estos dos grupos son políticas, pero no económicas. En los países productores de adormidera, "la droga está lejos de constituir una simple -- cuestión médica o policial, pues el opio constituye un medio de vida - a menudo el único - de amplios sectores de la población campesina" (Lamour, C., 1982) y podría añadirse, sin lugar a dudas, de la actividad mercantil e industrial y del sistema de impuestos del país; como sucede con el tabaco en U. S. A. y aún en mayor proporción con las bebidas alcohólicas en Portugal, Francia y España, por ejemplo.

Para reforzar esta visión de la interacción económica en la problemática de las "drogas" - recordando la- "legalidad" del tabaco y del alcohol en los países industrializados-, nos referimos a la complicada y rocambolesca historia del denominado FONDO DE LUCHA CONTRA LA DROGA que constituyó un importante debate en el "Informe sobre la XXIV Sesión de la Comisión de Estupefacientes" de las Naciones Unidas y los subsiguientes documentos publicados hasta 1972.

Se convino que cada país proporcionaría un determinado apoyo financiero a dicho FONDO, aunque con carácter, en un principio voluntario, ya que los representantes de la U. R. S. S., China y otros países socialistas se negaron a "participar financieramente en el intento de solucionar la crisis de civilización que se desarrolla en U. S. A. y en los países que siguen su modelo"; los chinos, por su parte, manifestaron: "El gobierno de la China Popular, ya tuvo que tomar enérgicas medidas, después de 1949, para suprimir la opiomanía introducida voluntariamente en nuestro país por los ingleses, - promocionada por los japoneses, e indirectamente auspiciada por los U. S. A., mediante los "nacionalistas". El problema de la droga - concierne esencialmente a U. S. A., y a sus seguidores industrializados"...

"No estamos dispuestos a que el FONDO sea utilizado en Tailandia, por ejemplo verdadera base americana en Asia y retaguardia -estába-

mos en 1971- de los norteamericanos en su agresión al Vietnam".

De hecho, no hubiera sido necesario dar tantas explicaciones, ya - que todo apoyo que todo estado da a una Organización Internacional - salvo poquísimas excepciones- depende del beneficio que este -- país, directa o indirectamente espera obtener de dicha organiza-- ción. Esto se ve muy claro, cuando se observa que el FONDO DE LUCHA CONTRA LA DROGA ha recibido poquísimos apoyo financiero, y en cambio el Fondo para el Medio Ambiente, (Conferencia Internacional sobre el Medio Ambiente, junio 1972, Estocolmo) recibió inmediatamente apoyo de diversos países industrializados: Canadá, Holanda, - U. S. A. y también países que no hicieron ningún tipo de aporta-- ción financiera al FONDO DE LUCHA CONTRA LA DROGA, como Alemania Federal, Japón, Francia, Austria y España. Todo ello, evidentemen-- te, porque en lo referente a la Droga, el dinero sería invertido - en países en subdesarrollo y, además de las razones "políticas" - expuestas por la U. R. S. S. y China, no precisa para su aplica-- ción de bienes de equipo o de consumo; contrariamente, las sumas entregadas en el Fondo del Medio Ambiente aumentarán las carteras de pedidos de las firmas industriales especializadas en la cons-- trucción, creación y distribución de determinados productos o bie-- nes de equipo que tienen como finalidad la venta de los sistemas de seguridad y limpieza del medio ambiente.

El fenómeno sanitario, social, económico y político de la droga-- dicción, en consecuencia, es cualquier sustancia capaz de crear de-- pendencia, de la posibilidad de su uso fuera de un marco referen-- cial, cultural y social, que podríamos definir como: mágico, cha-- mánico, litúrgico o religioso, o de tradición cultural agraria, - que describe también mágicamente un uso ritualizado del producto-- (caso de las bebidas alcohólicas en Mesopotamia, y del opio en - los "meos").

El uso fuera del marco referencial, sólo es posible cuando la sus-- tancia por diversas razones se produce en suficiente cantidad y es fácil su conservación, almacenamiento y transporte, sin que pierda sus cualidades (caso de las bebidas alcohólicas presumibles ali--- mentos, o del hachis como condimento en pastelería).

Una vez que la producción básica está asegurada, una reelaboración técnica posterior, es un nuevo elemento para el uso extensivo del producto en un nuevo esquema cultural, que sólo "ocasionalmente" - será interdependiente con los ritos o medio cultural primigenio, que se habrá falseado con la comercialización (caso de: hojas de coca y cocaína; de la cerveza-vino y destilados; opio y morfina; heroína, etc.).

Cuando se ha extendido el cultivo o la recolección, y es el sustento de un grupo o población o Estado, y además, el proceso de destilación o elaboración de la "esencia"; destilados alcohólicos: morfina, heroína, hachís, cocaína, representa una tecnificación, para su posible venta y distribución, existiendo un consumo tradicional (fumadores de opio, marihuana o griffa, de bebidas alcohólicas fermentadas, masticadores de hojas de coca, etc.), el riesgo de toxicomanía, como problema de Salud Pública, sólo se presenta cuando la presión del mercado es muy intensa (para el consumo de marihuana del grupo colombiano, comercio de cerveza y vino, etc.).

El auténtico problema, se genera, pues, cuando el resultado de la tecnificación permite una producción y uso masivo del producto --- "esencial", el cuál es comercializado por los mismos canales tradicionales en la zona de origen (destilados alcohólicos; heroína para fumar, hachís, pasta de coca, etc) y al llegar a la saturación del mercado tradicional, de la "esencia" - ya son auténticos problemas de toxicomanía locales (alcoholismo en Francia y España, p. ejem.; fumadores de heroína en Birmania, Thailandia; consumidores de "pasta de coca" en Perú, etc.) -se inicia la presión exportadora, con el ejemplo de las Guerras del Opio, que no reparará en medios "legales-ilegales" para su venta, distribución o comercialización (Carravedo, B., 1980).

El caso de la marihuana, usada tradicionalmente en el norte de México y Sur de los U. S. A. (Grinspoon, L., 1987) desde mediados -- del siglo pasado o antes con verdadera "penetración", es un ejemplo de la interacción entre los factores políticos, económicos y sociales. Ya que el desencadenamiento del conflicto fue la "difusión" en la "intelectualidad" (?) radical (!) americana de la "hierba" -

por circunstancias "locales" constituyendo el "prestigio de marca", del redescubrimiento del producto en Europa, y un pilar económico, entre otros países como Marruecos y evidentemente Colombia.

Un atisbo de las diferencias entre el uso ritualizado, sin presión de mercado y la interferencia técnica, lo tenemos en el primer y tímido inicio de la toxicomanía a la coaína, como auténtico problema de Salud Pública, en Europa, después de la guerra europea de 1914-1918, en los denominados "felices 20", cuando la posibilidad de obtener "polvo blanco" (cocaína) de las hojas de coca, por un medio económico (Grinspoon, 1987), se convierte en una realidad que facilita la introducción en Europa de dicha sustancia. Sólo las dificultades de transporte y la "crisis económica" de la "década feliz" (?) permitieron retraer su expansión y también la mejora del precio del café.

Ahora, con la caída del precio del café, Colombia, primer país cafetalero, cultiva cannabis, oficialmente.

Este primer aviso, el de la cocaína, no sirvió para advertir el riesgo de las relaciones entre intereses mercantiles, económicos, producción, cultivo y promoción de la toxicomanía, al aumentar la exposición al producto.

Los sanitarios, en la década de los 30, estaban más preocupados por las enfermedades infecto-contagiosas que por la contaminación de la fisiología humana.

La explosión bélica en Asia (guerra Chino-Japonesa), el desastre europeo (Hitler, Mussolini, Guerra Peninsular del 36-39), la Guerra Mundial subsiguiente y la post-guerra, fueron el fermento propicio de una reorganización económica mundial, y en la situación de "alienación" en bloques, se perfilaron unos "grupos de presión" definidos en cada uno de los países presumiblemente independientes, que "reorganizaron", entre otras cosas, los cultivos, recolección, venta, y distribución del opio. Todo ello coincidió con el desplazamiento de la "Pax Britannica", al "Gendarme de Occidente", U. S. A., con sus crisis internas, y el intento, fallido, de la década de los 50, de producir el cambio autodirigido por el propio sistema, y cuya

exacerbación constituyó uno de los fenómenos colectivos más dignos de estudio en U. S. A., cuya cúspide de pirámide fueron los deserto res del Vietnam, y la moda marihuana, alucinógenos, y finalmente heroína.

En U. S. A. la estructura mercantil y comercial interna, legal o ilegal - recuérdese el fenómeno del "ganster" en el período de la -- "Ley seca" - genera en relacióna un mercado potencial, fuerzas de - venta, difusión del "prestigio de marca" e "imagen del producto", - difíciles aún de comprender para los europeos (Goodman P., 1986).

Las grandes empresas discográficas y tabaqueras, entran abierta o - subrepticamente en la potenciación del consumismo, indiscriminadamente, evidentemente de "sus productos", pero de hecho nadie ignora que los "Tripe Festival" del "Longs heremans Hall", San Francisco, California, han sido en realidad algo más que simples reuniones hippies. En un país de un nomadismo relativamente acentuado en la - población juvenil, se llegan a contabilizar, en 1967, cien mil jóvenes -estudiantes, evidente y parcialmente detrás del festival están las casas discográficas, pero delante y en el festival, están las - diversas sustancias que en sucesiva "escalada" han destruido la "bohemia feliz": la hierba, los alucinógenos y la jeringuilla.

De todo lo anterior puede deducirse que el fenómeno masivo, por el gran número de sujetos de una población dada que se convierte en - usuarios conflictivos de un producto, no por ser letal o ilegal -- (pasta de coca en Perú, alcohol en Francia, etc.), sino por la dificultad intrínseca de subsistir de un usuario -drogado- autónomamente en la comunidad, sea cual sea la organización de aquella - industrialización en U. S. A. o subdesarrollo en Birmania-, es debido a los efectos de desorganización social que el uso del producto genera, al interferir en las capacidades comportamentales del sujeto la toxicidad el producto. En realidad, un usuario de drogas no -- puede subsistir sin la comunidad de los que no se drogan, aunque - los critiquen acerbamente.

Lo anterior es posible, cuando el producto se vende y comercializa en cantidades suficientes y la red de distribución sólo es eficaz si la producción es continua y asegurada.

La toxicomanía deja de ser un fenómeno exquisito yatrogénico, para - convertirse tanto en las drogas legales como ilegales en un fenómeno colectivo - como las epidemias medievales europeas -, en el cuál la legalidad o ilegalidad, sólo contrubuye a aceleraro retrasar la realidad final del conflicto de salud del toxicómano y en último término retrasa o subtrae del quehacer colectivo las fuerzas de grupos - especialmente de jóvenes - que serán el fermento del cambio social.

Si la distribución y venta de "la droga" - sin importar el "status" de la misma - se realiza con los parámetros consumistas, el fenómeno de la toxicomanía se convierte en un hecho sanitario, socioeconómico y político de la salud de magnitudes epidémicas - pandémicos. Por - cuanto a los factores de mercado y desorganización comportamental, se añaden los de la industrialización, la contaminación, la urbanización, desordenados y anárquicos, propios del sistema actual de deficiente organización social.

La legalidad o ilegalidad, no impide la cirrosis hepática alcohólica, la neoplasia pulmonar tabáquica, p. ej.: sólo retrasa o acelera su traducción clínica.

El hecho de que la presión de los intereses de mercado supera a todo lo imaginable, puede observarse en el Brasil, pues en el que los productos psicotrópicos de origen vegetal - natural - son innumerables e incontrolables: los adolescentes se "drogan" con disolventes. opiáceos y cocaína. Además la tradición del uso de dichas sustancias vegetales-naturales psicoactivas sigue aún vigente en numerosas capas de la población, y los jóvenes conviven con ella.

Si seriamente se tiene que hacer frente a la amenaza sutil intuída por Aldous Huxley en "El mundo feliz", tienen que modificarse seria y definidamente los conceptos en los que se fundamenta la convivencia en una comunidad industrializada "avanzada", en el sentido que este presumible progreso de bienes materiales e instrumentales se sustenta básicamente, en una práctica de relaciones (Huxley, 1956) entre personas y grupos sociales de: dominio, competitividad y poder. basadas en el "modelo económico" del lucro personal, ajeno a la par-

participación en la gestión de la vida comunitaria de todos sus miembros.

3.- SOCIOLOGIA E IDEOLOGIAS.

En este punto vamos a analizar ciertos aspectos del uso de las drogas - a través de las distintas culturas.

Para examinar la diversidad de fines y funciones que puede alcanzar el consumo de ciertas sustancias psicoactivas en distintas sociedades nos valdremos fundamentalmente de los datos aportados por la Etnología y la Antropología cultural.

El conocimiento de las pautas de uso tan diversos que pueden presentarse en culturas distintas respecto a una misma sustancia constituye la base de una reflexión imprescindible para no quedarse en un conocimiento superficial del problema de la droga.

El enfoque tradicional en el campo de la droga peca de una fuerte dosis de etnocentrismo, entendemos por visión etnocéntrica aquella que se basa exclusivamente en los valores de la propia cultura y no tiene en cuenta un hecho básico cuál es el relativismo cultural. - Como ejemplo claro de visión etnocéntrica basta simplemente con pensar en lo que hacostado - aún en medios científicos - la plena aceptación de que el alcohol es una verdadera droga y que no por estar enraizada desde hace siglos en nuestra cultura deja de perder el carácter de droga, potencialmente más peligrosa, por lo demás, es ya común el decir que la historia de la droga corre pareja a la historia de la humanidad y que prácticamente no hay sociedad humana conocida donde no se dé el uso de una u otra sustancia psicoactiva, - vamos a ver la trascendencia de este hecho que nos permite aventurar la existencia de un "impulso innato" hacia el uso de la droga, hipótesis propuesta desde distintas perspectivas por diversos autores (de Felice, Weil, Cooper, etc.).

Veremos en este punto la relación de las drogas con la cultura y - contracultura, los fenómenos hippies, junky, su desarrollo, la década de los 60, el surgimiento de una neocultura contracultura, etc.

Asimismo haremos un estudio de la publicidad y la propaganda (que es considerada por muchos como una droga más - de efectos muy directos y nocivos - de la sociedad consumista) en relación a las to-

xicomanías, para calibrar su influencia y peso específico en el uso y consumo de determinados tóxicos, de manera especial el alcohol y el tabaco, por contar con mejores datos y estudios.

Problemas y necesidad del control de la publicidad así como algunos - ejemplos de autocontrol publicitario en países desarrollados.

3.-1-ASPECTOS TRANSCULTURALES

Partiendo de la necesidad de un abordaje transcultural en el estudio de las toxicomanías vamos a abordar en el entramado cultural que rodea el uso de las sustancias calificadas de drogas, examinando los valores existentes en el medio concreto, la finalidad de su uso y la función determinada que adquieren tales sustancias, empecemos por el tabaco.

EL TABACO.- El tabaquismo es probablemente la toxicomanía más extendida en todo el mundo y constituye, otro ejemplo de etnocentrismo, la cantidad de discursos moralizantes acerca de los peligros de la cannabis pronunciados con un cigarrillo de tabaco entre los dedos. ¿Existe mayor xontrasentido que denunciar el uso de la "droga" consumiendo tabaco cuyo poder adictivo tan difícil hace la abstinencia total del mismo?

Visto desde una perspectiva transcultural el uso del tabaco adquiere unas connotaciones singulares, los clérigos españoles que acompañaban a los "conquistadores" del nuevo mundo realizaron una labor descriptiva de los usos y costumbres indígenas que los convierte en precursores de la moderna etnografía, estos mismos cronistas -- clasificaron la entrada al tabaco entre los tóxicos rituales de las culturas indias, junto con el peyote, los hongos y otros vegetales de poder alucinógeno. La planta del tabaco (genero nicotína) consta de unas 45 especies distintas y que, en conjunto, tenía, ya en épocas precolombinas y desde muy antiguo probablemente una distribución que cubría todo el territorio Americano de Sur a Norte.

Según Furst (1986) la variedad de usos sagrados del tabaco supera a la de cualquier otra planta del "Nuevo Mundo", la función en las curaciones chamanísticas especialmente como fumigante o sea factor terapéutico para todo tipo de enfermedad, a través de una autentica intoxicación sería además para llegar a estados de trance, con una profunda alteración de conciencia. La búsqueda de estos estados

que se pueden llamar psicodélico-místicos o típico trance extático - del chamán (brujo-curandero) es una constante en múltiples culturas de todas las épocas; el tabaco es visto como un don especial de los dioses a la humanidad, destinado a asistir a los hombres a traspasar el puente entre "este" mundo y el "otro", el de los dioses, casi todas las culturas americanas desde Alaska a la Tierra del Fuego hacían un uso ritual del tabaco.

Los aztecas, cuya medicina alcanzó un alto nivel, usaban con profusión el tabaco que llamaban picietl , tanto con fines rituales como médicos. También los mayas en Yucatán lo usaban para fumigaciones rituales, buena prueba de ello son las esculturas de Palenque donde podemos ver personajes arrojando en honor de los dioses bocanadas de humo de tabaco aspirado de una pipa. Existe un curioso testimonio de un francés del siglo XVI Jean de Lery (1880) donde describe el ritual del uso del tabaco por los tupinambas, una tribu del Brasil y dice que no lo usan las mujeres y que el mismo experimentó con ese humo y sintió que sacia y preserva del hambre, en otra tribu, los jíbaros del Alto Amazonas, Karsten (1920) describe una "fiesta del tabaco de las mujeres" que se celebra en honor de una recién casada, quien después de un ayuno deberá tragar una mixtura hecha de hojas masticadas y saliva. Se busca la intoxicación que provoca un sueño profundo durante el cuál se supone que los espíritus le enseñarán los trabajos domésticos que deberá realizar.

Una práctica cuya imagen trivializada nos ha llegado a través de películas y relatos del Oeste americano es la pipa de la paz. Esta ceremonia constituye un auténtico rito de comunión bajo la especie del tabaco, sagrado para los participantes, la misma pipa pasa de boca en boca y el mismo tabaco es fumado por todos marcando así el carácter sobrenatural y por ello inviolable de la alianza que se cierra (de No daillac).

Se usa como rito de iniciación a los que se someten los adolescentes en numerosas culturas, curioso paralelismo con nuestra cultura, sólo que ellos jamás la emplean para el simple placer, tal es el carácter sagrado que dan a la planta, señala Furst que entre la mayoría de in-

dios aculturados distingue el tabaco del hombre blanco que lo usan - por placer del que ellos mismos cultivan (la especie *Nicotina rústica*) que se reserva para los propósitos metafísicos y terapéuticos.

Añadiremos que es interesante observar que el tabaco no era sólo fumado sino había (y hay) una gran variedad de formas de consumo: comido crudo o en preparaciones, inhalado tras ser pulverizado, chupado manteniendo un trozo en la boca durante horas (como hacen los yanomomas del Alto Orinoco) bebido en infusión (indios del Amazonas, curanderos de zonas urbanas en el Perú) y como enema, técnica que permite una rápida absorción de los principios activos.

Por último decir que dentro del uso "degenerado" que hace del tabaco nuestra sociedad, quizás el único opuesto que permite enlazarlo con el uso ritual que hemos descrito, sería el que adopta a veces de "Iniciación al mundo adulto", son muchos los jóvenes que dan a sus "primeros cigarrillos" un valor de iniciación al mundo de los mayores.

EL ALCOHOL.- Una aproximación transcultural al alcohol es particularmente interesante, lo decíamos anteriormente porque permite desenmascarar el etnocentrismo imperante. No hay duda que el consumo de bebidas alcohólicas está arraigado de tal manera en las pautas culturales que cualquier acción contra el alcoholismo será vana si no tiene en cuenta este factor. Un factor cultural importante es la religión católica, que realiza el rito de la comunión con el vino. Este carácter sagrado es un obstáculo más, de origen cultural, de cara a una valoración desapasionada de tal sustancia como droga, la ignorancia hace persistir una serie de hábitos socio-culturales muy perniciosos, uno de los más graves es el de facilitar el uso del alcohol a los niños desde edades precoces, la ideología se refleja en refranes populares y frases hechas como que el vino es un alimento, hace sangre, es bueno para el corazón, etc..

En realidad son múltiples los lazos que unen el vino a aspectos religiosos y son anteriores al cristianismo, como los rituales órfico-dio

nisiácos de la antigua Grecia que luego fueron adoptados por los romanos, ellos buscaban la embriaguez como estado facilitador del contacto místico con las divinidades, esto mismo es una constante entre los pueblos bárbaros que dieron origen a las tribus itálicas, célticas y germánicas, usaban cerveza en lugar de vino.

También es fuerte el enraizamiento del uso del alcohol en el terreno de las relaciones sociales.

Podemos ver que cualquier droga, convenientemente enmarcada en unas pautas culturales que regulan de forma más o menos estricta su uso y condena su abuso o lo toleran tan sólo de forma episódica, ligada a celebraciones festivas, puede ser permisible y con efectos nocivos - a nivel social mínimos, es el abuso y la degeneración debidos a una compleja serie de factores socio-económicos los que han provocado la actual situación de alcoholismo corriente.

EL CANNABIS.- La cultura occidental acepta el alcohol y rechaza la cannabis tradicionalmente, lo inverso es cierto de gran número de culturas distintas a la nuestra. Lo nefasto de este hecho es que esta ideología anti-cannabis propia de la cultura occidental ha llegado a "impregnar" las descripciones supuestamente científicas de sus -- efectos, así hablar de un supuesto síndrome amotivacional que según ciertos autores resulta del uso prolongado de la cannabis. Hay estudios que demuestran lo contrario, en Jamaica; por ejemplo, el trabajador manual, peones agrícolas, fuman regularmente durante su jornada laboral para superar la dureza de su tarea. En Colombia campesinos y trabajadores fuman marihuana para reducir la fatiga, aumentar sus fuerzas y darse ánimo. También el informe Mendelson, financiado por el ejercito de EEUU, rechaza la existencia de este síndrome. Hay en la descripción del síndrome amotivacional un fondo etnocéntrico pero no sólo entre culturas sino incluso en el interior de nuestra propia cultura: se refleja un enfrentamiento de los valores cultura-

les propios de grupos de edad distinta.

La intolerancia indiscriminada hacia su uso traduce pues el enfrentamiento de los valores culturales del grupo adulto con los valores propios del medio juvenil.

La antigua literatura China, India y del Próximo Oriente contiene -- muchas referencias a las virtudes terapéuticas y místicas de la cannabis pero existen testimonios arqueológicos que datan del Neolítico y que evidencian su uso en el Noroeste asiático hace unos 6,000 años. Herodoto y los arqueólogos lo han confirmado cuenta acerca de los ritos funerarios de un pueblo bárbaro que entró en contacto con los -- griegos - los eseitas y que lo usaban como éxtasis religioso. La intoxicación por cannabis parece ser la técnica elemental del éxtasis religioso y probablemente se originó en el Irán, de allí se extendió por el resto de Asia (se le cita en los textos de la antigua India, entre 1400 y 1000 a.c.)) a través del mundo islámico la cannabis se difundió en épocas posteriores por el continente Africano también con usos exótico-religiosos.

Entre los usos terapéuticos, muchas veces difíciles de distinguir de los religiosos, contamos con la más antigua farmacopea que se conoce que data de los inicios de nuestra era. En China el Pen Tsoo Ching, se basa en tradiciones muy antiguas y menciona su utilidad, entre - otras cosas como anestésico, los chinos además advierten de los peligros de su uso excesivo.

Del Sudeste asiático hay testimonios a través de la Dra. Martin ---- (1975): "Reconocido como analgésico en Cambodia, la cannabis se usa para tratar el cólera, la malaria, la disentería, la anorexia y la pérdida de memoria: alivia el asma y calma los nervios, suprime los pólipos y la tos, el aturdimiento y las convulsiones, facilita la digestión y el parto, estimula la lactancia, purifica la sangre y limpia la bilis, regula la función cardiaca, del hígado y de los pulmones, elimina los parásitos intestinales, descongestiona el organismo y es un tratamiento para la parálisis".

En Tailandia y Vietnam las aplicaciones son similares y se añaden a los de fines ginecológicos y obstétricos, además se describen virtudes en la India, el Nepal, en todo el Asia Central y Rusia, también en América, en Jamaica donde se da incluso a los niños como agente profiláctico y terapéutico de múltiples alteraciones, en Brasil - como analgésico y antineurótico, en Colombia de modo similar.

También en Europa el uso médico del cañamo ha estado vigente durante siglos.

Como aspecto transcultural de la cannabis tenemos muchos ejemplos - tanto a nivel simbólico como real en los pueblos que la han consumido tradicionalmente. En la literatura árabe, obras como "Las mil y una noches" y muchos otros cuentos y relatos están saturados del aroma del haschisch, también la arquitectura, la ornamentación, las artes gráficas del Islam dejan traslucir la fuerte influencia que la imaginación visual "catalizada" por la cannabis ha ejercido. Otro ejemplo sería la historia del jazz, según los relatos autobiográficos de Mez Meezzrow, Charlie Mingus, etc. ...

COCAINA Y OTROS ESTIMULANTES.- El uso tradicional de la coca - de la cual se extrae la cocaína, se circunscribe a la extensa zona andina de América del Sur, asociada a la cultura incaica hay pruebas de su uso en culturas anteriores de la zona, la arqueología permite -- aventurar la hipótesis de que las tribus chibchas de la actual Colombia fueron las primeras en cultivar y masticar la coca, costumbre - que difundieron a sus vecinos quechuas y aymasás.

La asociación de la caza con ritos de fertilidad y pubertad es innegable como testimonian los restos arqueológicos hallados en la zona, ritos que aún perduran entre los Kógi de Colombia, por ejemplo.

Así pues, como ocurre con otras drogas la coca era una sustancia sacralizada y usada ceremonialmente desde épocas pre-incaicas, exclusivo de castas superiores según relatan los cronistas españoles de la época, y Gory Lobs (1979) nos cuenta "Los incas limitaron el uso

de la coca en exclusiva a la clase gobernante, se prohibió al público y muchas veces se utilizó sólo como un don a los dioses y a los muertos y con otras intenciones chamanísticas como la adivinación...".

Tras la conquista y de forma progresiva la coca deja de ser de uso exclusivo de la élite para convertirse en una droga de uso masivo. En este sentido la responsabilidad de los conquistadores hispanos es enorme ya que se generalizan este uso y aún lo alentaron al comprobar sus virtudes energizantes para el trabajo.

Las reglamentaciones legales posteriores no surtieron apenas efecto y hoy se cuentan por millones los indígenas de la zona andina habituados a la masticación de la coca, a ello los empuja además una serie de factores socio-económicos como el hambre y la dureza de las condiciones de trabajo.

Una planta de efectos parecidos a los de la coca es el Kalt, arbusto cultivado en Arabia y Etiopía, masticada como la coca, produce una agradable excitación que permite combatir la fatiga, el sueño y el hambre, destacamos de nuevo el ritual religioso de esta droga según estudios de De Felice.

En cuanto a los estimulantes "modernos", sintéticos o derivados de los vegetales - la cocaína - poco se puede contar desde un punto de vista transcultura, decir que no es extraño el creciente uso de estas sustancias en un sistema cultural donde el trabajo, la productividad, la competencia ocupan un destacado lugar en la escala de valores sociales, (en EEUU, la cocaína se considera la "droga del ejecutivo").

ALUCINOGENOS.- Los antropólogos han demostrado el papel de droga mágica que tienen los alucinógenos "mayores"; existen un buen número de especies vegetales que contienen sustancias de poder alucinógeno, alrededor del centenar.

Su utilización se remonta a tiempos prehistóricos y ha perdurado hasta nuestros días entre los indígenas americanos y en áreas de África, Asia y Oceanía.

El Peyote es objeto de culto desde antiguo en México, como se sabe - por referencias aztecas de los cronistas hispanos, el peyote era objeto de comunión y permitía alcanzar un estado de éxtasis que propiciaba distintos fines: adivinación, telepatía, comunicación con los dioses, curación, además de ser alimento de los guerreros. Aún hoy conserva el carácter ritual de uso entre los huicholes de la Sierra Madre mexicana. Una nueva religión del peyote ha florecido a partir del siglo XIX entre las tribus indias del Norte de América: la iglesia Nativa Americana de los Estados Unidos que tiene actualmente -- unos 225,000 miembros. Cohen (1982) habla incluso de la benéfica - influencia que tuvo la difusión del peyotismo: "tomemos el caso de los indios de América del Norte: en el siglo XIX era un pueblo vencido, privado de su modo de vida tradicional, exiliado en sus propias tierras, la mayoría de los que adoptaron la religión del peyote renunciaron al Whisky. No era el peyote por si solo el responsable de esta conversión, sino más bien la combinación benéfica de una - fé, de un sentimiento comunitario y de las ceremonias que rodean el uso de la droga".

Otras plantas conocidas en el antiguo México y usadas son el ololuchi, de este hongo se conocen muchas especies. Hoffman, que sintetizó el L. S. D. aisló el principio activo responsable del poder alucinógeno de estos hongos dándole el nombre de psilocibina.

En el área del Amazonas se usaba y se usa una planta con el nombre de yaje, con alcaloides alucinógenos.

Otra planta es la Datura, conocida en América y Europa , en América con fines rituales y terapéuticos y en Europa por múltiples referencias de su uso en medicina popular y prácticas de brujería, sus especies más conocidas son la belladona y la mandrágora.

Es interesante comprobar la relación entre el florecimiento de la -- brujería en Europa y el uso de ungüentos fabricados con estas plantas.

Es de señalar que el tono afectivo subjetivo, y el contenido específico de las alucinaciones e ideas delirantes están fuertemente influenciadas por el medio cultural en que se produce la experiencia hasta el punto de hacer cambiar el carácter de los mismos, según -- los antropólogos y psicopatólogos, ahí radica la clave de una sustancia alucinógena usada en un marco ritual, incluso desde la infancia no ocasiona problemas de adicción, a diferencia de lo que puede suceder en otros ambientes culturales y con otros fines.

OPIACEOS.-- La adormidera (papaver somniferum) de la que se extrae el opio, es una planta bien conocida desde tiempos remotos. Con fines medicinales se ha usado en abundancia sin que tal práctica haya -- ocasionado peligros sociales.

Según De Felice se explica la rápida difusión de la opiomanía en China por la profunda afinidad que hay en el taoísmo y esta adic-- ción, la búsqueda de la independencia solitaria, la indiferencia serena y el quietismo naturalista que enseña el taoísmo se van facilitando por el opio. Hay una mística del opio, en este sentido se -- considera el uso de la morfina o heroína como una herejía frente a -- la ortodoxia del opio, es decir hay una "cultura clásica" del opio, muy distinta de lo que podríamos llamar "contracultura" más moder-- na de la heroína y sucedaneos, el uso de opiáceos semisintéticos y sintéticos y la peculiar forma de administración por vía endovenosa hay que verlo como un rasgo "cultura" más propio de una subcultura-- urbana y marginal.

Según Weil (1972) ante la universalidad o constancia en el uso de -- drogas ha llegado a proponer que existe una tendencia o impulso ha-- cia la búsqueda de estados alterados de conciencia, esto se manifies-- ta desde la infancia (juegos de girar sobre uno mismo, etc.), la necesidad interna de alteración ocasional de conciencia persiste a lo largo de la vida manifestándose de diversas formas y en distintos grados

De Felice también propone que existe una estrecha relación entre los fines religiosos y el uso de la droga proponiendo que la búsqueda de estados alterados es reflejo de la necesidad de trascendencia mística del hombre, critica la degeneración en que cae tal uso en muchas culturas, y dice que se impone una revisión a fondo de lo que realmente significa consumir una droga.

3.- 2- DROGAS Y CONTRACULTURA.

Hasta hace poco tiempo, antes de la actual popularización del "problema de la droga", la relación médico-toxicómano estaba teñida de una peculiar problemática. El paciente, en especial el heroínómano que llegaba a tener contacto terapéutico con el psiquiatra, solía presentar ya a priori una actitud de autoconferida superioridad. El mensaje que este paciente procuraba emitir en todo momento consistía en que "el no era un enfermo como los demás"; ante la figura del médico no cesaba de enfatizar que "él estaba culturalmente a la misma altura". En no pocas ocasiones, tal actitud podía desembocar, finalmente, en un trato calificable como despectivo para con el psiquiatra, hasta tal punto que llegaba a configurarse una relación terapéutica especialmente conflictual. Sin embargo, la misma vulgarización de la "droga" ha hecho que al médico lleguen proporcionalmente, pacientes menos sensibles a la cultura como valor.

Esta actitud de genérica superioridad, el sentimiento elitista de saberse miembro de un especial grupo de pertenencia, es sabido que tiene su origen último - a menudo lo ignora el propio interesado - en la denominada counterculture o contracultura, movimiento de opinión y de acción que irrumpió con fuerza en los EEUU de finales de los 50, y al que los países de Europa Occidental no tardaron en --acoger, cada uno según una cronología y una intensidad proporcionales a su respectivo desarrollo económico capitalista, y por lo tanto a su grado de aculturación angloamericana.

Cuando un Junky, - adicto que se inyecta, en el slang americano ---entra en relación con el médico, lo está haciendo como miembro emergente de su grupo de pertenencia, grupo que por sus bien definidas características de rechazo global de la sociedad establecida, es -capaz de favorecer en dicho miembro la activa asunción de una actitud básica calificable de ataque - fuga, según la expresiva fórmula acuñada por W. R. Bion, reconocido pionero de la investigación en

dinámica grupal.

Y esta agresividad no es en absoluto la verificable en una crisis de agitación psicomotriz, o paranoícos, sino que se trata, sobre todo, de una agresividad que en último término dimana de un grupo social previamente estructurado, capaz de amparar a sus miembros y otorgarles así un mínimo bagaje común con el cual conseguir sentirse fortalecidos frente a la figura del médico.

El paciente desea negar psicológicamente la necesidad que al inicio ha tenido de unas atenciones médicas concretas, cosa que en otras ramas de la medicina se erige precisamente en germen de la usual relación terapéutica basada en la "confianza".

Por cuanto el médico mismo es visto como parte principal de esa denotada sociedad. La figura de dicho profesional, normalmente tan positivamente connotada, resulta entonces que se transforma en una imagen - esquema altamente provocadora y perpetuadora de una suspicaz desconfianza en el tóxico dependiente. Termina por cerrarse el círculo, evolucionando la relación médico-paciente hacia una paulatina espiral de divergencias, obviamente no-terapéuticas e incluso antiterapéuticas.

Si existe, precisamente, toda una jerga, un argot, propio del "mundo de la droga", es porque la especificación antropológica de su grupo de soporte así lo ha requerido.

Pero creemos sería injusto tratar el sustrato ideológico del politoxicómano, que se inyecta o "sniffa-aspira nasalmente" la droga sin antes hablar del toxicómano que bebe alcohol siendo esta sustancia la que ocupa en toda la historia de occidente el primer lugar, también por los rasgos con-traculturales que su uso y abuso ha demostrado en determinados momentos históricos. Este punto que pasamos a explicar, nos servirá para enlazarlo luego con el tema de la contracultura propiamente dicha, y su íntima conexión con drogas -

bastante más sensacionalistas que el doméstico etanol. Como ya, lo -
hemos repetido es común decir que el alcohol y las restantes dro-
gas siempre han acompañado al hombre.

La formula esparcida en los libros sobre el tema es que "droga y cul-
tura constituyen un binomio quizá tan viejo como el homo sapiens".
Lo que nos interesa señalar es que desde un principio nunca han cesa-
do de levantarse apasionadas opiniones en la toma de partido a fa-
vor o en contra de tales hábitos.

En los EEUU, el prohibicionismo alcanzó su 'acmé en los años 20', --
cuando entró en vigor la "18 enmienda" de que hablan tantos libros
sobre el tema, siguiéndose entonces la explosión del gangsterismo -
que todos conocemos. Este fenómeno fue refrenado más tarde con la
"21 enmienda" en el año 33 que anuló la anterior.

Si bien puede admitirse que la abolición de "la ley seca" frenó en-
tonces el gangsterismo, no por ello se solucionó el problema del -
alcoholismo, así como tampoco lo había conseguido la etapa prohi-
bicionista anterior. De esa época crucial en la historia socio-
política del etilismo, data la fundación de Alcohólicos Anónimos,
en 1935.

El vicio enfrentado a la rehabilitación no tardó en ser explotado-
cinematográficamente en films como "The lost week-end" o a través
de conocidas actrices como Susan Hayward.

En la literatura es donde el alcohol tomó más dominio no sólo de --
los personajes de ficción sino incluso de sus mismos creadores "se
habla de narrativa alcohólica" Hemingway, Fitzgeerald, A Poe, Co-
lerige, famoso llegó a ser un opiomano ilustre, el británico Tomas
D. Quincey.

Volviendo a los grandes narradores americanos de la primera post-

guerra, decir que estos no solamente intentaban luchar contra los -- últimos residuos del puritanismo post-victoriano sino que también estaban creando un mundo propio y unos valores contrapuestos y alternativos. Los descendientes de Poe, por ejemplo, no se exceden en la -- bebida a la manera romántica de un De Quincey, sino que la utilizan para declararse en rebeldía contra la sociedad. Este panorama ofrece la intersección entre el mundo del alcoholismo y el mundo de la cultura en uno de sus momentos históricos más contradictoriamente creativos de este siglo. Así pues el alcohol no sólo constituye la droga de masas de occidente, sino que es también un tóxico que como tantos otros, puede ser reutilizado como símbolo vehiculizador de modos culturales alternativos, forzosamente minoritarios al comienzo.

1.- Del alcohol a la droga. - Antes que naciera una narrativa alcohólica, a partir de 1950 nació una literatura destinada a dar cuenta -- de otras nuevas inquietudes. Se comenzó a hablar de marihuana y de la heroína, de haschischs y de mezcalina. En 1953 circula clandestinamente en EEUU, "El mono en la espalda", de W. Burroughs, así como -- "El Almuerzo Desnudo", sin duda su obra literaria más conseguida publicada en 1959.

Aunque menos conocido, quizá por su misma condición de poeta, destaca Allen Ginsberg considerado en ambientes académicos como uno de -- los primeros talentos literarios de la América de nuestros días. Su lectura pública del poema Howl ("Aullido") en el San Francisco del 56, constituye un hito sociocultural que no puede soslayarse si es que se quiere entender el fenómeno de los floridos hippies.

Lo que aquí interesa subrayar es que estos líderes espirituales de -- las últimas generaciones, han llegado a favorecer de manera determinante la adopción efectiva de una serie de pautas de conducta relacionadas con el presente tema. Filohinduismo puesto de moda por Allen Ginsberg primero, y los Beatles después, constituye uno de los

hechos que mejor caracterizan los intereses vivenciales de dichas generaciones.

La countreculture nunca ha sido, por tanto, una mera anticultura, y mucho menos, una subcultura a denigrar, sino que ha llevado activamente hacia nuevos modos de comportamiento colectivo de indudable incidencia macrosocial.

2.- ¿Contracultura igual a antisocial?.- Evidentemente, no. Lo que sí debe advertirse es que el desmoronamiento axiológico del mundo occidental judeocristiano ha favorecido en determinante medida la atracción por oriente y su para nosotros nueva espiritualidad.

Existe pues, una motivación cultural -"contracultural"- en viajar a India o Tailandia así como el Indostán y el Nepal, los estados --situados entre Pakistán y Turquía son también importantes exportadores legales e ilegales de la droga.

Allí como se sabe puede conseguirse abundante mercancía, que luego podrá ser vendida en los países industrializados a muchas veces su valor original. Este primer paso que comienza como una simple necesidad de autoabastecerse y de ganar además algún dinero puede terminar en engrosar el "ilegal tráfico de drogas".

Hemos desembocado en el problema de la legalidad/ilegalidad de las drogas, problema que late en el fondo de todo este trabajo.

Se ha dicho hasta la saciedad que el alcohol es la droga social favorecida en occidente y está oficialmente prohibida en el área de influencia islámica. A la recíproca, los derivados de la cannabis son de uso normativo en dicha área, estando en cambio penalizados en países más industrializados: en éstos son, por tanto, antisociales (Freixa, 1980).

¿Qué hay pues detrás del mencionado relativismo?. ¿Cómo se explica que el binomio legalidad/ilegalidad referido a un fármaco pueda sufrir tan notables mutaciones según sean las coordenadas espaciales y temporales que lo determinan?.

Habría que meditar sobre el problema de la fundamentación de las leyes, ver si realmente existe algo como una "ley de leyes" y por tanto si detrás del citado relativismo sociofarmacológico debe buscarse un "absoluto", "la ley", pilar sobre el cual descansaría todo lo demás.

Un inventario de los sucesos acaecidos en las pasadas décadas nos demuestra que en un momento histórico dado los sujetos sociales que por su juventud y su formación mayores posibilidades tienen de sensibilización y activismo han protagonizado una importante serie de -- hechos culturales, no rara vez políticos que se constituyen en -- una constelación de síntomas con un mismo común denominador: cambiar la sociedad a través del cambio de cada individuo.

En el mismo sentimiento y de rechazo del orden establecido que hayamos en los grandes movimientos de masas del siglo pasado y de principios del 20, pero hay algo nuevo en los sustentadores sociales de la contracultura. Ahora los esfuerzos no van dirigidos a la toma -- del poder solamente, sino a la vez a una transformación como sujeto. Se constata que este fenómeno se produce ya con la Guerra Civil Española (George Orwells), en su "Hommage To Cathalonia" sugiere que el fenómeno del anarquismo español de preguerra constituye el más importante ensayo histórico de conjugar revolución social y revolución -- personal.

La adopción de ítems culturales propios del " hinduismo y del budismo zen ", por parte de muchos jóvenes del área capitalista no ha sido, más que el reflejo de una realidad geopolítica en la que están insertos la India y el Japón como miembros históricamente recientes de dicha área. ¿Hay suficiente conuna explicación infraestructural de

este tipo? parece que no. Y una de las razones que creemos es la existencia del Junky fenómeno que ni nos ha llegado de oriente ni podemos derivarlo exclusiva y mecánicamente de la " corrupción del capitalismo " .

Pensadores de diferentes sitios, coinciden en proponer hipótesis teologizantes con el fin de explicarlo. La religión como causa no constituye más que otro signo del síndrome milenarista ahora reinante, sólo será posible aclararlo con una mayor perspectiva histórica.

Según (Girard, 1972) la argumentación cuasi teológica le devuelve al fenómeno de lo religioso su estar-de actualidad, dice, que se suele ver en el junky una especie de signo o síntoma de la denominada -- crisis de sacralidad que padecerían los países desarrollados. Lo sacro como valor habría sido barrido por la progresiva laicización de la sociedad y así habría desaparecido la clave de bóveda del comportamiento normativo, además esta crisis de lo íntimamente religioso habría supuesto una consecuencia muy grave en la práctica: el desbordamiento de la violencia, falta de ser adecuadamente canalizada a través del rito religioso por excelencia, esto es el sacrificio.

En la raíz etimológica de esta palabra se conjuga lo sacro y lo -- violento, el acto de dar-muerte como auténtico lugar de encuentro entre el misticismo y la agresión, entre la divinidad y el crimen. - Pues bien según Girard, el toxicodependiente en proceso de autodestrucción equivaldría a una forma actual de sacrificio cruento: la - violencia difusa y omnipresente en nuestras colectividades se plasmaría en estos modernos chivos expiatorios, quizás inmolados en el altar de una cultura que muchos sienten como anómica.

3.-3- PUBLICIDAD Y TOXICOMANIAS.

Lo que pretendemos en este punto es profundizar un poco en este complejo mundo de la incitación publicitaria para calibrar su influencia y peso específico en el uso y consumo de determinados tóxicos, de manera especial el alcohol y el tabaco.

La publicidad se define como un sistema socio-técnico que intenta influir sobre el comportamiento humano y, de manera tal vez más clara, como "el arte de crear necesidades", por ejemplo lo que, en relación con la problemática de las toxicomanías, la publicidad de los productos tóxicos tenderá, de manera manifiesta o encubierta, a suscitar su necesidad, a fin de que el individuo, y la colectividad, orienten su comportamiento hacia el consumo de los mismos.

La publicidad es a la vez la técnica encargada de investigar estas necesidades para fortificarlas con determinados productos, así como el estar creando, constantemente, necesidades nuevas. En cuanto realiza esta segunda tarea, la publicidad va muy desligada con la propaganda o difusión de ideas, valores y creencias.

1.- Publicidad acto comunicativo.- El proceso de la publicidad y la propaganda se inscribe en el curso y la estructura de la comunicación humana. La mayoría de las veces no se limita a ser un proceso de información (juicio de existencia de una realidad), sino que es, básicamente, una transmisión de opinión (juicio de valor sobre la realidad ofrecida).

En su conjunto, la publicidad, observada críticamente, es socialmente superficial y su auténtica presión social, con ser aparentemente muy fuerte, a de ser valorada con cautela, ya que "es tan sólo un fino velo que se superpone sobre los valores y sentimientos más -- profundos de la persona". Lo que sucede es que, al inscribirse en el proceso comunicativo participa de la superficialidad inherente a

los procesos comunes de comunicación - o mejor, de "incomunicación"-, en lo que Castilla del Pino denomina en su obra La incomunicación - (1980). "La alineación de la incomunicación"-, generalmente existentes y extendidos en el marco social en que nos movemos. Y de ahí su influencia real en la conducta humana.

Tras esta ligera introducción sobre la publicidad en si misma, vamos a abordar los aspectos que son objeto de análisis en este punto. La - primer constatación que nos sale al paso, al hablar de la publicidad en las toxicomanías es el hecho de que la publicidad de los tóxicos existe; ya que observamos gran cantidad de incitaciones, directas e indirectas que llaman al consumo de alcohol, tabaco y fármacos no - siempre necesarios.

El consumo de miles de botellas y millones de cigarrillos está destinado, única y exclusivamente, al fomento de posibles nuevos bebedores y fumadores. Si la publicidad no aumentara el consumo, manteniendo - los precios, disminuirían las ganancias de quienes la utilizan, y esto en teoría económica no tiene sentido.

2.- La publicidad indirecta.- Es preciso hacer alusión a otro tipo de incitaciones al consumo, se trata de la publicidad oculta o indirecta. Este tipo de publicidad es el que consiste en la promoción de un producto sin que se aprecie esta intención.

La publicidad indirecta o la persuasión oculta, destinada, como indica Vance Packard (1957), " a sorprendernos en cuanto nuestra guardia -- consciente se relaja", está inmersa en el variopinto mundo de imágenes sociales que nos llevan hacia la aceptación pasiva y rutinaria - de unos comportamientos establecidos y asumidos como "normales", -- "corrientes" y "habituales". Tanto la imagen social como la persuasión oculta, son indeterminadas y ambiguas, y estas características facilitan su extensión y penetración. Además de presentarse incluida en espectáculos la publicidad indirecta también puede actuar al ser exhibida en escaparates, o la propia presencia de bares.

Las portadas de revistas y libros también pueden actuar como soporte, del mismo modo que lo hacen la mayoría de folletos y carteles de campañas que pretende reducir su consumo, pero que en sus imágenes incluye sujetos en situación de consumo u objetos asociados al mismo y pocas veces muestran escenas de consumo alternativo o simplemente de cese del uso tóxico.

3.- Publicidad del tabaco.- Aunque breve y como última parte de este punto, dedicado a la publicidad que favorece e impulsa las toxicomanías, no podemos dejar de hablar de la publicidad del tabaco y de los fármacos. Según Brown (1980), pruebas realizadas con fumadores de cigarillos, a los que se les cubrió los ojos, demostraron -- que éstos eran incapaces de identificar una marca por el olor o su sabor; esto nos indica que la publicidad no tiene como finalidad informar sobre las características o las diferencias, sino como en tantos otros productos, favorecer e incrementar su consumo. Si tan sinceros deseos de favorecer la salud tienen los industriales y comerciantes del tabaco, lo mejor que pueden hacer es comenzar por anunciar las marcas más peligrosas. ¿Alguien se imagina lo beneficioso para la salud que sería, si con el mismo criterio, la Jefatura de Tráfico retirase todas las señales de peligro en las carreteras en construcción y colocase señales en los tramos de carreteras más seguros que dijese: "Tramo sin peligro"?

La publicidad encubierta utiliza con mucha frecuencia la asociación del tabaco con el café y en particular con el alcohol.

4.- Publicidad de medicamentos.- Los emisores suelen ser los propios laboratorios donde se fabrican los medicamentos. Muchos de ellos cuentan con un departamento propio de publicidad.

A diferencia del tabaco y del alcohol el canal suele estar limitado a la publicidad directa de "visitas médicas" y a la inserción de --

"informaciones" en revistas especializadas de la profesión médica. - Los productos farmacéuticos, a excepción de los adquiridos sin prescripción facultativa, tienen la curiosa característica dentro del libre mercado, de no ser el consumidor el que decide su uso, sino un grupo minoritario de la población, que por su preparación profesional sobre los efectos del consumo de estos productos, están capacitados para decidirlos. Si a esto añadimos que el consumidor paga un precio constante prescindiendo del uso y una cantidad reducida por su adquisición tendremos una mercancía adquirida por decisión de quien no la consume ni paga, y destinada a otra que desconoce sus características y la paga fundamentalmente de forma indirecta.

Desde el punto de vista comercial-publicitario significa:

- a) La decisión del consumo puede ser independiente de su precio.
- b) Los receptores del mensaje publicitario son un grupo muy reducido, con características bastante homogéneas, lo que facilita el estudio de mercado.

Los mensajes dirigidos a estos receptores, tiene carácter científico y terminología bien adaptada al argot profesional del receptor. Por su adecuación a los objetivos y su cuidada elaboración, se trata de una publicidad de exquisita calidad.

Como escribe Brown (1980), el objetivo es la tendencia hipocondríaca de muchas personas, creando enfermos imaginarios, fieles consumidores de los "inefables" remedios ofrecidos. Las cargas psicológicas más explotadas son la: significación que para todos tiene el -- concepto de sano y salud, y la evitación de la enfermedad y el dolor.

5.- Publicidad de drogas ilegales.- La condición de ilegalidad en la promoción y distribución de las drogas no autorizadas, determi-

na que no existe publicidad manifiesta como en las sustancias anteriores, potenciándose, por la misma razón, la publicidad encubierta.

En este tipo de drogas el emisor o grupo interesado en la difusión del mensaje, suele estar menos organizado que en los anteriores casos, sin que puedan excluir acciones concertadas y extendidas a varios -- países.

Los medios de difusión más frecuentes son la música y la literatura, en particular la denominada "underground" detrás de la cual y aprovechando la imagen de independiente, espontánea, inconformista y joven, suele haber una empresa multinacional interesada en "orientar" las ventas discográficas; contribuyendo, si esto favorece al negocio, y a la publicidad de cualquier tipo de drogas, haciendo apología de sus efectos e indicando las instrucciones para su uso.

Algunas campañas de prevención en los medios de información, mal programadas, pueden contribuir al aumento del consumo, hasta el extremo de que, si los clanes de distribución estuvieran mejor organizados, no dudarían en subvencionarlas.

En el caso concreto de las toxicomanías, el caer en el juego de la contrapropaganda puede tener ventajas para la salud, pero encierra graves riesgos. Si se trata de prevenir el consumo de drogas ilegales, y esta propaganda se hace sin un estudio previo, en un período en que los medios son más baratos, aunque los receptores están ausentes, con un mensaje confuso y sin evaluación posterior, como -- fue el caso de la realizada hace algunos años con el slogan "La droga mata", ya hemos comentado que puede tener efectos contrarios a los pretendidos.

4.- DROGAS Y MARGINACION SOCIAL.

Aunque existen una gran variedad de drogas, nos referimos básicamente al alcohol, que es la droga más difundida en nuestra cultura y -- con mayor incidencia patológica a las llamadas "drogas ilegales" que son las que utilizan grupos jóvenes de la población.

La marginación social en la problemática de las drogas está relacionada con aspectos psicológicos, familiares, laborales jurídicos, - etc. ...

Con fines didácticos, dividiremos este tema en dos partes:

a) Alcoholismo

b) "Drogas ilegales"

El tema del tabaco, no entrará tampoco aquí, ya que su uso y abuso - tiene otras características que escapan a los planteamientos de este trabajo.

ALCOHOLISMO.- Hemos leído y oído infinidad de veces en la temática del alcoholismo, que el alcohólico es un ser marginado por la sociedad, y al mismo tiempo se nos presenta el alcohol como factor integrante y elemento adaptador del individuo a esta sociedad.

Aunque esto parezca un contrasentido, si analizamos detenidamente -- las pautas " normativas" del uso del alcohol, veremos que, integrado esta el que bebe y fuera de la norma se situa el abstemio.

En la etapa final de un proceso de alcoholismo, aparece siempre inevitablemente la marginación social, pero con frecuencia nos plantea-

mos la pregunta de ¿Cuándo empieza realmente el proceso de marginación?

La primera vivencia de marginación la sufre en principio el propio alcohólico, en solitario, sin que la sociedad lo detecte hasta etapas posteriores.

En este período aparecen las primeras vivencias de soledad. La comunicación exterior se realiza a través del alcohol, sustancia euforizante, que le permite establecer una doble vida, razonar a dos niveles, uno personal e íntimo y otro con el soporte del alcohol, --- que cambia por completo esta relación. La participación y relación con el mundo exterior es cada vez más superficial, la sustancia alcohol es utilizada por el alcohólico como escudo que le protege de la marginación, pero al mismo tiempo e inevitablemente a lo largo de todo el proceso, este mismo escudo se cambiará en arma contra él, -- arrastrándolo a esta etapa de marginación que intuye y teme.

Es evidente, que muchos alcohólicos son conscientes de que se hallan situados al principio de una pendiente, que recorren lentamente, - pero que en un momento determinado los llevará irremisiblemente a la marginación total, si no son capaces de detenerse a tiempo.

Esta primera etapa es, pues, el prólogo de lo que ocurrirá en etapas posteriores, cuando los grupos de relación del sujeto detecten el conflicto que él con tanto cuidado, había procurado esconder.

En cuanto a las relaciones sociales, está claro que también se ven alterados, a consecuencia de una conducta alcohólica, y que varían mucho del principio al final de todo un proceso de alcoholización. Todos hemos visto la imagen del individuo que al comienzo de su carrera alcohólica resulta divertido y sociable, y al cabo de un tiempo lo ha ido abandonando su círculo de amistades y se vuelve un bebedor solitario. Puede decirse que es en esta etapa final cuando el alcohólico se halla totalmente marginado. Los lazos familiares se han roto o se han debilitado enormemente, sin trabajo y sin posibi-

lidades de conseguirlo, abandonado por su círculo de amistades, alcohólico ya sólo le queda el consuelo y la necesidad de seguir bebiendo, necesidad perentoria, que tiene que satisfacer a costa de su salud física, y en ocasiones rozando problemas incluso de tipo legal (mendicidad, pequeños hurtos, etc.).

Aunque no todos los bebedores llegan a esta etapa final de marginación, un número elevado de ellos sufren una pérdida de nivel social, y, como consecuencia, un cambio de status.

Indudablemente el proceso de marginación varía tanto en su duración como en su intensidad, según a la clase socio-económica a la que pertenezca el individuo.

Se ha insistido mucho en que la incidencia de enfermos alcohólicos era más alta en las clases sociales económicamente más débiles que en las altas. Esta afirmación creemos es una falacia, y forma parte, por un lado de los prejuicios ético-morales que existen en el diagnóstico de la enfermedad alcohólica y por otro, de la complejidad de las circunstancias que concurren en todo el proceso de alcoholización.

En nuestra sociedad y cultura, las pautas y hábitos de bebidas alcohólicas son altamente tolerados y fomentados, no así las consecuencias que se derivan, precisamente de estos hábitos, por los que se tiene una actitud fuertemente discriminativa.

Ante la tolerancia que existe hacia el uso, e incluso abuso, de las bebidas alcohólicas, las consecuencias han de ser muy manifiestas, para que lleguen a detectarse socialmente, no obstante, como el ámbito de relación de todo individuo, independientemente de la clase social a la que pertenezca, es la familia, el trabajo y el medio de relación amplio, será pues fundamentalmente en estos tres niveles donde se manifestarán las consecuencias de la conducta alcohólica.

Analizando las consecuencias a estos tres niveles que hemos descrito anteriormente veremos que el alcohólico, si llega a la marginación total, es a través de los problemas laborales, que son los que afectan directamente a la economía, y por tanto influyen en la cohesión familiar, sobre todo, cuando el alcohólico es el soporte principal en esta economía familiar. El factor económico sería pues, el indicador o termómetro de estas consecuencias, en el sentido de acelerarlas en las clases sociales bajas y retrasarlas en las clases sociales altas.

El sujeto de clase alta puede realizar cursos de desintoxicación, - sin que esto afecte su actividad laboral, las manifestaciones de la conducta alcohólica pueden ser encubiertas por su misma familia, para evitar el estigma del diagnóstico de alcohólico las connotaciones vergonzantes que esto acarrea, por tanto, para un sujeto de clase socio-económica alta es difícil que llegue a la marginación total. Su propia familia (que le descrimina) es la encargada de encubrir -- toda la problemática alcohólica.

"El alcoholismo no está particularmente ligado a ninguna clase social, ni tampoco a un nivel jerárquico determinado, en cambio, las consecuencias de la enfermedad van siempre ligadas a unas clases sociales, y varían mucho según se manifiesten en sujetos pertenecientes a un grupo socioeconómico alto o a un nivel bajo. Estas variaciones vienen determinadas por el factor económico, que en último término, es el que actúa con más fuerza, en la aparición de consecuencias sobre todo de tipo laboral tardan más tiempo en presentarse y esto retrasa la adquisición de conciencia de la enfermedad, dificulta también el diagnóstico, porque como ya hemos indicado anteriormente, éste se hace la mayoría de las veces a través de las consecuencias de la enfermedad. En cambio, si la economía es débil, este proceso se acelera porque las consecuencias económicas se presentan con más rapidéz, y el enfermo ya no puede encubrir su problema y las fuertes presiones le empujan a buscar ayuda rápidamente" ... (Vidal Llahí, J. Media - Villa, B., 1976).

DROGAS ILEGALES.-

1.- Consideraciones Sociológicas.- Al abordar el tema de las drogas desde su perspectiva social, el planteamiento de la "problemática" - es radicalmente diferente en el caso de drogas institucionalizadas o de drogas que no gozan de la sanción social.

Es totalmente distinto hablar de alcoholismo o de toxicomanía, y - por más que los científicos se esfuerzan en aclarar términos y conceptos que expresan el mismo significado para todas las toxicomanías que prevalecen los aspectos comunes o diferentes que señalan - las pautas sociológicas que son en último término las que condicionan las características del consumo y del consumidor en el contexto social en que éste se mueve.

Los conceptos de sociogénesis o psicogénesis tienen el mismo significado para toxicomanía u otra, así como las de dependencia, adicción o tolerancia en el sentido farmacológico.

Las diferencias entre una toxicomanía institucionalizada o "ilegal" vendrán condicionadas por el contexto social en el que se desarrolla la sociogénesis y sus consecuencias o la manifestación de trastornos conductuales será también distinta en una u otra.

Aunque el uso de drogas no es un fenómeno nuevo, si lo es en su extensión masiva que va ligada a nuevas formas de vida, a la industrialización, a la facilidad en las vías de comunicación y la expansión de mercados que alimentan la vida "consumista".

"...el mercado de la droga no es ajeno a las leyes económicas generales, y, en consecuencia, la droga, y más los opiáceos están sujetos al fenómeno de la publicidad, propaganda, difusión de imagen, - estructuras ideológicas,, presiones de los países productores o de las industrias productoras , etc.. Y que en el fondo como sucede

en todo el mercado, conocer si la producción ha generado el citado mercado, o éste estimula la producción, es uno de los fariseísmos - de los intelectuales de las culturas consumistas, urbanas e industrializadas ..." (Freiza, Bace, Vidal, 1980).

2.- Expectativas sociales frente a las drogas ilegales.- En el consumo de drogas, inciden una serie de factores ubicados en el entorno social del sujeto que juegan un papel importante, no tan sólo en el momento de la iniciación, sino como pausas del uso toxicománico.

Las expectativas de uso o "Halo social" de las drogas, producto -- del entorno social en que éstas se consumen, se transmiten según el grupo de pertenencias del sujeto. La droga sería para el drogadicto el vehículo que permitiría la entrada en un mundo hasta entonces prohibido y le haría partícipe de otra cultura. El "derecho de entrada" sería la transgresión de unas reglas, pero las expectativas de -- uso impulsarían fuertemente a esta transgresión.

Esto explicaría la diversidad de efectos que producen las mismas sustancia en distintos sujetos, en relación con el "halo social" de los mismos. Dentro de cada grupo las expectativas de uso son distintas según se trata de un grupo de intelectuales ejecutivos, -- adolescentes o marginados.

Actualmente estamos asistiendo a un cambio importante en el uso de -- las drogas, en el sentido de que van siendo objeto de un uso más -- "normativo" en el sentido de ser menos minoritaria, convirtiéndose -- cada vez más en otra cultura que tiene como expresión otras formas de vida aceptadas psicológicamente o por lo menos, enormemente toleradas (Labin, S., 1985).

3.- Peculiaridades ligadas al status social del producto.- El status social de la droga ha cambiado rápidamente en poco tiempo. Los drogadictos son cada vez menos la "elite marginal" de los grupos de contracultura. La contracultura se ha ido fragmentando llegando a grupos distintos de la población que han aprovechado algún fragmen-

to estereotipado de ésta, luciéndolo como blasón de su ideología -- contracultural.

Así, podríamos decir, que el elitismo del drogadicto, del junky -- -que de alguna forma se ha intentado intelectualizar se ha ido debilitando hasta convertirse en una masa uniformizada de grupos policonsumidores (opiáceos, fármacos, alcohol, etc.), cuyos individuos consumidores lo son cada vez más, en etapas más precoces de su evolución cronológica.

En EEUU, parecería se hubieran establecido tres grupos sociales de consumidores prácticamente limitados y cerrados entre sí, constituyendo la expresión de las formas contraculturales de los años 60, - significando que existiría un grupo social mayoritario de consumidores de cannabis, otro grupo formado básicamente por sujetos de nivel universitario usuarios de sustancias alucinógenas y finalmente un tercer grupo de usuarios de heroína que constituirían el grupo de - marginados paradigmático en el sentido anglosajón (criminal , adicto), esbozándose en la actualidad una nueva clase constituida por el ejecutivo sniffador de cocaína que presenta una estructura de - clase diferente de las anteriores.

La estratificación social se refleja, pues, dentro de unos límites - en EEUU; en especial en lo que se refiere a los dos últimos grupos. (heroína-cocaína) que son objeto de la presión de los "pushers".

Esta división estratificada de consumidores no se da en nuestros medios. La tendencia a la politoxicomanía reflejo de la "polifarmacia" de la población presumiblemente normal, se expresa mediante la continua mezcla y cruce del cannabis con el alcohol, de los alucinógenos y las anfetaminas con el cannabis y el alcohol y finalmente con anfetaminas, cocaína, mórficos sintéticos (pentazozina-tilitrate)- y heroína.

Es cierto que esta secuencia de uso no es totalmente inevitable y -- que ciertos condicionamientos sociales modifican la secuencia y la interrumpen. Pero la actividad asistencial diaria y el somero repaso de más de 500 historias psicosociales en la Clínica Psiquiátrica Universitaria del Prof. Obiols, y en los Centros de Salud Mental -- CyD de Barcelona, nos indican que todo sujeto por lo menos en esta experiencia hasta 1980, que ha llegado a pincharse se ha iniciado en forma absoluta y totalmente predominante con el cannabis y ha -- evolucionado con diversas características hacia los opiáceos.

También se ha podido constatar que la mayoría de los adolescentes y preadolescentes se iniciaron con el haschisch más precozmente, cuanto más precozmente se iniciaron con el tabaco. El tabaquismo, la alcoholización, el abuso de medicamentos, la polifarmacia y la automedicación de la población presumiblemente "sana" se reflejan en el mundo del adolescente y del joven.

A nuestro criterio, las más elementales leyes del aprendizaje social hacen imposible resolver el problema de la "droga" mientras la sociedad responsable y adulta esté inmersa en el festival de consumismo de medicamentos, alcohol y tabaco.

Por otra parte, también interesa hacer una llamada de atención entre lo que se ha venido llamando "persecución legal" y la realidad en el terreno de "represión policial y/o judicial" que unido a la promoción implícitas y a la certeza por parte de pequeños traficantes -- que los dispositivos legales son insuficientes o inexistentes, --- trae como consecuencia en este conjunto abigarrado de casos, que la problemática de las drogas sea extraordinariamente difícil de resolver.

5.- CLASIFICACION GENERAL.

El método científico impone el agrupar los objetos de estudio en grupos según características comunes y excluyentes; es el paso sucesivo e inmediato a la observación.

En el caso que nos ocupa, además, la mera existencia de clasificaciones implica y conlleva un concepto de importancia: existen las droga, no "la droga".

Un primer problema que encontramos es la multiplicidad de dosificaciones, en efecto, el tema de las drogas es observado desde tantos - puntos de vista y por tantos y tan distintas disciplinas que ello - dará lugar a esta multiplicidad inevitablemente.

Además, en consecuencia, vamos a encontrarnos con la realidad de que por tanto, todas las clasificaciones son parecidas e insuficientes, - el estado científico-tecnológico hacen evolucionar las clasificaciones. En líneas generales es el contenido de las clasificaciones el que varía, aumentando a medida que la investigación científica añade nuevos psicotropos, sólo hace falta ver la enorme diferencia que existe entre clasificaciones como la de Lewin en 1924 y cualquiera de 50 años después.

5.- 1- Clasificación de las drogas según la O. M. S.

Tipo de clasificaciones:

Ya que como decimos puede clasificarse de diferentes formas vamos a -
citar aquellos que puedan resultar más útiles.

Las drogas pueden clasificarse:

- atendiendo a su origen naturales
- según su estructura química sintéticas
- según su acción farmacológica (cómo actúan y a que niveles)
- según las manifestaciones que su administración produce en la conducta.
- según su consideración sociológica.

Por su interés citamos la primera clasificación en 1924, fue elaborada por Lewin y nos puede servir de ejemplo gráfico, citamos seguidamente la clasificación dada por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) para pasar más detalladamente a la clasificación sociológica que es la que nos interesa en este trabajo.

Lewin: EUPMORICA; opio, morfina, heroína, coca, cocaína, etc. ...
" suspenden las facultades de emotividad y de percepción... ponién-
do al sujeto en un estado de bienestar físico y psíquico".

PHANTASTICA: mezcalina, cannabis ... "son los agentes de las ilusiones... deforman las sensaciones".

INEBRANTIA: éter, cloroformo, alcohol, etc. ..." son embriagantes... después de una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una - depresión de dicha exitabilidad".

HIPNOTICA: barbitúricos, bromuro, cloral... "produce el sueño".

EXCITANTIA: cafeína, nuez de cola, cacao, té, tabaco, arsénico...
"sin alterar la conciencia procuran un estado de estimulación cerebral subjetivamente".

La clasificación clínica de las drogas (1971) la resumimos así:

1.- Depresores de la actividad del Sistema Nervioso Central.

A) Alcohol

B) Hipnóticos	no barbitúricos	de acción ultra corta
	barbitúricos	de acción corta
		de acción intermedia
		de acción prolongada

C) Ansiolíticos

D) Los analgésicos narcóticos:

E) El opio y sus derivados naturales y semisintéticos:

a) la morfina, la codeína.

b) la heroína.

c) sintéticos: metadona, etc.

d) los antipsicóticos (tranquilizantes mayores).

e) otros: bromuros, antihistamínicos.

A) Estimulantes de la vigilancia:

- estimulantes mayores: anfetaminas, cocaína, anorexígenos

B) Estimulantes del humor (antidepresivos):

- antidepresivos tricíclicos.

3.- Perturbadores de la actividad del Sistema Nervioso Central.

a) alucinógenos: L. S. D., Mezcalina, etc.

b) derivados de la cannabis: marihuana, haschisch, etc.

c) los disolventes volátiles: colas, escencias, disolventes, el éter, etc.

d) los anticolinérgicos: alcaloides naturales de la belladona y los productos sintéticos.

En lo que se refiere a la sanidad pública, es posible valorar de manera objetiva que drogas son más peligrosas.

La O. M. S. ordena las drogas según su peligrosidad, atendiendo a estos factores:

MAS PELIGROSIDAD

- Los que crean dependencia física
- Los que crean la dependencia con mayor rapidez
- Los que poseen mayor toxicidad

MENOS PELIGROSIDAD

- los que crean sólo dependencia psicosocial
- Los que crean dependencia con menor rapidez
- Los que poseen menor toxicidad

Según tales factores la O. M. S. elaboró la siguiente clasificación, en la cual el grupo primero es el de sustancias más peligrosas y el grupo cuarto y último el de sustancias menos peligrosas (entendiéndose que todas lo son); en resumen:

O. M. S.

Grupo primero: Opio y derivados; morfina, heroína, metadona.

Grupo segundo: Barbitúricos y alcohol.

Grupo tercero: Coca-cocaína y anfetainas- derivados.

Grupo cuarto: L. S. D., cannabis y derivados, mezcalina, etc.

5.- 2- Clasificación según la situación sociológica:

Las diferentes drogas se encuentran en cada cultura en diferente situación. La cultura es decir: la historia, la tradición, las ideas, el modo de desarrollo económico, el modo de convivencia-político- y todas las demás actividades del hombre en un lugar y momento dado - apoya y valora o rechaza y castiga determinados actos y cosas, así como su consumo, lo mismo ocurre con las drogas: algunas son castigadas y otras apoyadas.

Así, existen: Las Drogas Institucionalizadas y las Drogas No Institucionalizadas.

Es importante resaltar que el hecho de que una droga esté institucionalizada o nó, legalizada o nó, no tiene nada que ver con su peligrosidad, comparar si no, esta clasificación con la O.M.S. Así pues - los criterios de utilización, aceptación cultural y legal no se corresponden a los de salud.

La clasificación sociológica: relaciona evidentemente la institucionalización con la existencia de su producción y un mercado: por ejemplo occidente produce y vende alcohol, el alcohol es peligroso pero forma parte de nuestra cultura y es legal, etc.

Relaciona la institucionalización con la cultura que es la que en definitiva institucionaliza o no, así: el alcohol tiene significados - culturales en nuestros medios (litúrgicos, nutricios, etc.) que llegan a poder calificarlo de "sano", aunque objetivamente sea todo lo contrario.

Además la clasificación sociológica se relaciona con el tipo de consumidor su "personalidad"; su ideología, etc.. Los consumidores de drogas isntitucionalizadas o no, pueden diferenciarse por este hecho en

bastantes aspectos.

Clasificación Sociológica:

1.- Drogas Institucionalizadas: son aquellas que son apoyadas, gozan del respaldo de la tradición, que están integradas en nuestra cultura y a las cuales "no se les tiene miedo", o incluso, no se les llama "drogas", tampoco su consumo está castigado por la ley. El ejemplo más claro es el del alcohol.

2.- Drogas no Institucionalizadas: no son apoyadas, no gozan del respaldo de la tradición, no pertenecen a nuestra cultura, se les llama siempre "drogas" y su consumo está castigado por la ley, por ejemplo la heroína.

5.- 2- 1- Drogas Insitucionalizadas:

A- Tabaco

B- Alcohol

C- Abuso y dependencia de medicamentos

A) Algunas drogas institucionalizadas disfrutan a menudo de un trato de favor consistente en no clasificarlas entre las sustancias capaces de generar dependencia, o en las listas de aquellas que deben ser sometidas a cierto control, aunque es evidente que la dependencia no sólo depende de las cualidades de la sustancia, sino también del sujeto y de la interacción social y grupal del mismo. Se ha demostrado que la nicotina es el elemento generador de la dependencia -- del tabaco. Esto se ha demostrado por medio de estudios con animales a los que se les permitía la autoadministración intravenosa del producto (O.M.S. 1984.p-16-17). Se ha observado que la suspensión de su consumo produce un síndrome de abstinencia, caracterizado por fatiga, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la frecuencia del pulso y de la presión arterial sanguínea e hipefogia -- (O.M.S. 1985. p. 17).

La duración del síndrome de abstinencia es de 15 días o más y parece que no está relacionado con la intensidad del tabaquismo previo.

Se ha demostrado que la inyección de nicotina ha disminuido el síndrome de abstinencia y el consumo de cigarrillos más que los de suero salino, tanto en monos como en humanos, y que los fumadores obligados a consumir cigarros menos ricos en nicotina han aumentado su consumo hasta lograr niveles ópticos de nicotina en sangre.

Según encuestas un 75% de fumadores lo son contra su voluntad, porque no pueden dejarlo.

Amplias investigaciones realizadas en los Estados Unidos entre 1969-1975, han revelado que el 84% de los fumadores deseaba dejar de serlo habiéndolo conseguido al cabo de un año sólo el 17% de éstos -- (OMS, 1985 p.77-78).

Aspectos Histórico-Culturales y Socioeconómicos.

Tabaco.- El tabaco era conocido en gran parte de la América precolombina siendo usado desde el Canadá a la Argentina, las formas de consumo diferían, los antillanos fumaban las hojas de tabaco enrolladas, los "indios" de norteamérica fumaban en pipa, los mayas -- mascaban el tabaco y más al sur se aspiraba pulverizado, en forma de rapé.

Los españoles difundieron el hábito de fumar. Rodrigo de Jeréz fue el primer fumador occidental, Jean Nicot difundió en Francia la planta que se usó principalmente en forma de rapé, los ingleses y neerlandeses usaron el tabaco fumado en pipa o mascado.

La reacción contra la "nueva" droga fue violenta, era un sistema de identificación al grupo de los "salvajes" del otro lado del océano.

En Turquía se estableció la pena de decapitación para los fumadores, así como en numerosos puntos del orbe musulmán. En Europa en 1691, se ejecutó una sentencia de muerte contra un fumador (Lüneburg Alemania). En Persia se le perforaba la nariz, que se atravesaba con el mango de una pipa se paseaba a los convictos por la ciudad a lomos de asnos, a los reincidentes se les amputaba la nariz.

Así se podía seguir citando otros ejemplos, relatados por Lewi 1924.

En numerosos países se establecieron prohibiciones de fumar en público, el que pese a tales drásticas medidas no se consiguiera impedir

la propagación del uso del tabaco, puede darse una idea de la intensidad de la dependencia que provoca. De forma que todos los países organizaron monopolios del tabaco y lo gravaron con impuestos y tasas (este tipo de imposición fiscal es común a numerosas sustancias psicotrópicas capaces de generar dependencia, de los que se sabe que un aumento de precio será forzosamente aceptado por los consumidores (Alcohol, tabaco, café, té ...)).

El uso del tabaco fumado en forma de cigarrillos se ha generalizado a lo largo del Siglo XX, la difusión ha sido muy acelerada, debido a la presión de la oferta por medio de la publicidad, hoy la producción de tabaco alcanza un volumen comercial en 120 países especialmente China, Estados Unidos, la India, URSS, Turquía, etc.. La producción mundial de tabaco fue en 1976 de 5,5 millones de toneladas.

Los aspectos económicos y sanitarios, lejos de ser independientes, interactúan de forma tal que por ejemplo, la difusión de datos sobre la relación entre el tabaco y el cáncer de pulmón se boicoteó durante casi 30 años, de forma que hasta 1953 no se dio la alarma. Otras manifestaciones de esta interacción han sido destituciones de ministros y otras personas públicas que se oponían con sus actuaciones al negocio tabaquero (por ejemplo, Joseph Califano, impulsor del informe "Smoking and Mealth" (1979) destituido de su cargo en los Estados Unidos tras la publicación del mismo).

El costo del tabaquismo para una nación es elevadísimo y difícil -- de calcular debe comprender las jornadas laborales perdidas por ausentismo, invalidez o muerte prematura; los gastos en atención médica, hospitalización, medicamentos así como los incendios urbanos industriales y forestales ocasionados por cigarrillos o cerillos y ciertas explosiones en las minas de carbón. Se ha calculado que en Francia, sólo los gastos sanitarios provocados por el hábito de fumar son tres veces superiores a los ingresos fiscales procedentes de la venta de tabaco.

Aunque es cierto que el tabaco cultivado contribuye al producto nacional bruto de una nación, no lo es menos que es a costa de no cultivar otros productos, mucho más útiles y aún imprescindibles, como los alimentos (OMS, 1985).

algunos otros ejemplos, citados, como los anteriores, por Lewin ---- (1924), se refieren a la Rusia Zarista, donde se institucionalizó la tortura para obligar a los consumidores a delatar a los traficantes (hoy comerciantes), estableciéndose la pena de muerte para ambos, - amén de la confiscación de sus bienes.

Alcohol.- Teniendo que abordar el problema del alcohol, no sólo como sustancia Toxicomanígena, sino como sustancia tóxica, capaz de alterar el funcionamiento de órganos y sistemas y de destruir tejidos -- (hepatopatía cirrótica, encefalopatía, síndrome alcohólico fetal, -- etc.), lo tenemos que hacer con un cierto cuidado, puesto que nuestra cultura está al parecer íntimamente ligada desde la aparición de vasijas que permiten la fermentación de jugos vegetales (Rosenstinl, - R., 1982), al uso de bebidas alcohólicas fermentadas. Si además la - cultura se usa, sutilmente, incluso en revistas médicas como agentes de "prestigio" del alcohol, en una estructura de mercado consumista y los sanitarios abordan el problema con "mentalidad de usuarios" no de Salud Pública, los intereses de mercado superarán a toda posibilidad de información a la comunidad de:

a) Los riesgos de las bebidas alcohólicas sobre la salud en general. (Lieber, C. S., 1980; Cicero, T. J., 1981).

b) La Toxicidad y la capacidad Toxicomanígena de dichas bebidas sobre el S. N. C. (Sistema Nervioso Central), (Freixa, F., y cols; 1980).

c) Sus efectos tóxicos directos sobre la glándula hepática. (Kissin, B. y cols. 1986).

d) Sus efectos adversos son:

1.- La Ecología Feto-Placentaria, Síndrome Alcohólico Fetal (S.A.F.), subnormalidad (Finengan, L. F., 1980; Mestres. J., 1978; Lederge, -- 1980).

2.- En el desarrollo psicofísico del neo-nato (lactancia materna) -- cuando la madre es bebedora "normativa" o alcohólica. (Ellingboe, - J., 1985.- Kissing, B. Y cols. 1986).

3.- En la madurez psico-cocial y aprendizaje escolar del niño, en una sociedad vitivinícola. (Rodríguez-Martos, A., 1986 y 1987 a; Plat., P., 1980).

Sólo citando aquellos aspectos probados científicamente sobre la salud de acción directa, y no citando la larga lista de acción secundaria o consecuencias: pancreopatía, miocardio, patía, accidentes de trabajo, accidentes de circulación en automóvil, etc., pero la convivencia cotidiana y el uso continuado en diversas cantidades de bebidas alcohólicas por una gran mayoría y la lejanía histórica de su integración en nuestra cultura, muy anterior al tabaco, hacen siempre complejo y difícil el estudio de esta droga legal, en nuestros medios.

Cuando se habla de las bebidas alcohólicas, se olvida frecuentemente su "reciente" aparición en el curso de la evolución de la especie humana. Pues no debe pasarse por alto que cualquier sustancia, y más un líquido sólo puede utilizarse cuando puede en alguna forma almacenarse, disponiendo para ello de recipientes capaces de contenerlo y guardarlo, como sucede con las bebidas alcohólicas durante su proceso de fermentación.

Abuso y Dependencia de Medicamentos.

Al parecer no se pone en duda el hecho de que el hombre desde sus orígenes haya utilizado diversas sustancias para luchar contra el dolor. Es evidente que la utilización de medicamentos corre pareja a la evo-

lución socio-económica del hombre; en los últimos cien años se ha pasado del uso de sustancias de origen natural al uso de sustancias de síntesis; a la comercialización e industrialización masivas.

La mayoría de sustancias utilizadas como medicamentos hasta primeros de nuestro siglo eran de origen vegetal. Los aztecas, por ejemplo, conocían más de 3000 especies vegetales, y las cultivaban en jardines para sus médicos. Los incas utilizaban la corteza de quina para tratar el paludismo cuando aún Europa desconocía ningún remedio para la enfermedad (Kelner, M., 1984).

El Papiro de Eberg (descubierto en 1873), que parece datar del 1550 a.C. (y se trataría al parecer de una copia de otros muy anteriores, sobre los 2270 a.C.), se describen unos 700 distintos remedios contra diferentes enfermedades.

Aquel "vademécum" egipcio se titulaba "Libro Hermético de los Medicamentos". Hace referencia a multitud de plantas, y algunas de ellas, sin duda son las ya citadas. La planta spenn, es, sin duda, la adormidera.

Posteriormente, Hipócrates (460-337 a.C.) utilizó profusamente el opio, y sin duda aparecerían entonces un considerable número de farmacodependientes yatrógenos (adictos a la adormidera).

Pronto aparecerá la trioca (nombre que deriva del griego ther: bestia venenosa), un compuesto de numerosas sustancias desconocidas pero en cuya composición entraba en fuertes dosis el opio. La primera trioca parece que fue compuesta por Andrómaco El Viejo, para Nerón, en cuyos ejércitos figuraba como médico, asimismo, Dioscórides.

Como no se trata aquí, de hacer un esbozo histórico del opio y sus derivados, digamos que los compuestos a base de opio han persistido hasta casi la actualidad y que, aún actualmente, sin ningún control.

Durante siglos, la farmacopea se ha reducido a un conjunto de compuestos inútiles cuando no tóxicos o capaces de crear dependencia.

En nuestra estructura de mercado el medicamento es algo más capaz de devengar beneficios económicos que un producto al servicio de la Salud Pública.

La gente se automedica, resulta fácil y barato, además nadie teme a los medicamentos. Los medicamentos no sólo se promocionan ante los médicos (la relación tradicional entre médico y el fabricante de fármacos se ha alterado radicalmente, puesto que en vez de proporcionar los medicamentos recetados por los médicos, el fabricante -- ahora les dice lo que tiene que recetar y por que) también se hace a través de la publicidad, radio-T,V,, etc.

5.- 2- 2- Drogas no Institucionalizadas.

= cáñabis

- cocaína

- alucinógenos

- opiáceos

La historia de la droga corre pareja a la historia de la humanidad, no hay sociedad humana conocida donde no se de el uso de una u otra - sustancia psicoactiva.

En Asia y Africa el cannabis es la droga aceptada y el alcohol rechazado a la inversa de lo que sucede en las sociedades occidentales, - hay pues consideraciones opuestas respecto a dos de las drogas más - extendidas en todo el mundo por razones estrictamente culturales.

Debemos empezar con una manifestación rotunda: todas las drogas deberían de ser ilegales desde el punto de vista estrictamente sanitario.

Entrar en el dilema de las drogas "duras" y "blandas" es, sencillamente, intentar dilucidar cuales son menos peligrosas. Cuando en -- cualquier lugar, surge la pregunta "el cannabis ¿es más o menos peligrosa que el alcohol?" se puede responder, "que se sepa, ninguna es beneficiosa". Plantearse el problema así, intentando cuantificar - "la peligrosidad" es ya de por si absurdo y capcioso. Es a través - de argumentos negativos que va a plantearse, en consecuencia, la cuestión de la legalización de algunas drogas ("blandas"): que una cosa no sea peor que otra, no quiere decir que sea buena: .

Cannabis.

El consumo de esta droga se remonta a muchos siglos antes de nuestra era. La referencia más antigua de que se tiene conocimiento se encuentra en una farmacopea escrita en tiempos del Emperador chino --- Shen Nung hacia el año 2737 a.C., donde se preconiza su uso medicinal para el reumatismo, la malaria, el beriberi y los trastornos mentales (Verene, G. 1983).

Posteriormente se utilizó en la India como planta sagrada, como lo -- indica el libro religioso Athara Veda. Los hindúes utilizaban una preparación líquida, el bang, obtenida por maceración de las hojas, tallos y flores de la planta obteniendo así un licor que era consumido en sus ritos religiosos.

Los asirios e iraníes también la conocieron y usaron en sus fiestas religiosas, encontrándose descripciones de sus efectos embriagantes en el Avesta, antología de textos religiosos de la antigua civilización iraní.

Perosobre todo, el primer testimonio incuestionable sobre su consumo lo constituye la descripción hecha por Herodoto en la "Historia de -- las Guerras Médicas" de las ceremonias funerarias de los escitas. -- Comenta Herodoto que los escitas, tribu nómada de las estepas de Siberia, en los siglos V al III a.C., al morir un pariente cercano tenían la costumbre de, tras enterrarlo, reunirse en una tienda en la que se encendía una hoguera sobre la que eran arrojadas semillas de cáñamo dando lugar a una humareda que era aspirada, entonces "ebrios a causa del humo daban gritos de alegría". Era, pues, esta una ceremonia de purificación en la que se describen claramente las propiedades embriagantes de la cannabis (Felipe P., de 1985).

Los escitas mantuvieron contactos con los celtas y muy probablemente a estos pertenecen las pipas de bronce que se han encontrado en --

numerosos monumentos funerarios descubiertos en Irlanda y Escocia y -
que datan de fechas muy anteriores a la introducción del tabaco en --
Europa.

Existe casi una absoluta certeza de que los griegos emplearon el canna-
bis. El nepente, bebida que ofrece Elena a Telémaco y Menelas en la Odi-
sea y que es descrito como una "bebida que hace olvidar el dolor y la -
infelicidad" y que "la hija de Zeus había recibido de manos de la -
egipcia Ploydamna, mujer de Thonio, ya que sobre todo es en Egipto, --
donde la tierra fecunda produce un gran número de plantas, unas saluda-
bles, otras mortales".

Su difusión en Europa se produjo tras la publicación del celebre infor-
me "Du Haschisch et de alienation mentale, realizado por Jacques -
Joseph Moereau de Tours, psiquiatra francés que ha sido considerado uno
de los iniciadores de la psicofarmacología. Como resultado de sus observacio-
nes en un viaje realizado a Argelia y de su propia experiencia como consu-
midos experimental de cannabis, elaboró el citado informe en el que por
primera vez se describe en forma detallada y rigurosa de la intoxicación
cannábica.

Tales informaciones alcanzaron amplio eco en los ambientes bohemios --
franceses, dando lugar a la fundación por Teófilo Gautier del Club del
Haschisch en el apartamento que poseía en el hotel Pimodou de París. -
Formaron parte de este club conocidos intelectuales de la época entre --
los que destaca Baudelaire, Delacroix Daumier, Boissard y otros. Indu-
dablemente la obra artística mas importante y notoria, en la que se --
describen las experiencias de los miembros del Club con el haschisch --
es "Los Paraísos Artificiales" de Baudelaire, obra que , junto a las --
"Confesiones de Un Comedor de Opio Inglés" de Thomas De Quincey, ha --
sido considerada como la contribución literaria mas importante en la --
cuestión de la toxicomanía. No es hasta mediados de la década de los -
60 de nuestro siglo con el advenimiento de la generación Beat (Ginsberg
Kerouac) cuando empieza a generalizarse su consumo, primero en el mundo
de la música pop (Dylan, Beatles...) y mas tarde entre la burguesía ---

intelectual, llegando progresivamente a todas las capas de la población y muy especialmente a la juvenil.

El cannabis se convierte en el símbolo de la contracultura, de una nueva ideología que propugna la búsqueda de otra forma de vida fuera del "stablishment" y basada en el pacifismo, el orientalismo, el retorno a la naturaleza, y a la artesanía, el amor libre, la marihuana, etc. (Soler Insa, P. A. 1986).

De esta forma el consumo de derivados del cannabis se propaga e impone tanto en los países donde ya se daba desde hacia tiempo como en aquellos donde era prácticamente desconocido, alcanzando primero a los estudiantes y clases medias y altas para expandirse después -- por todo el cuerpo social. Sin embargo su extensión a otras capas ha sido menos significativa, aunque curiosamente y de una forma paralela se ha registrado un incremento en el consumo de alcohol --- (O.M.S., 1985).

Cocaína y otros estimulantes.

El uso ritual y terapéutico de la hoja de coca se remonta, hacia unos 500 años a.C. En el Perú antiguo los Yařāvĩēš (cantores ambulantes de la tradición) atribuían la introducción de la planta a los hijos del Sol Manco Capac y Mama Oclo. Brau, J.L., 1983, opina que fueron los araucanos colombianos los que introdujeron la coca en Perú, y que las plantaciones de coca fueron objeto de guerras entre éstos y los chibchas y, posteriormente los incas (1230 y 1315 de nuestra Era).

Para los incas representaba la divinidad y se veneraban sus campos de cultivo. En 1565 Nicolás Morales publica la primera descripción de la coca en Europa. El P. Martín del Río niega sus efectos objetivos atribuyéndolo a la superstición del pueblo.

En 1567 (Lima) la Iglesia, en Concilio prohibió la masticación de la coca bajo la pena de excomunión (la planta "no fortifica más que en apariencia, por voluntad del maligno"). Sin embargo la coca era tan popular en Perú como la quina, usada tanto por los marineros como por los correos y los mineros (Unane, cit. por Carbajal), citándose el -- caso de uno de ellos (correo entre Chuquisca y la Paz, región de los Junglas, Bolivia, donde se producen de las mejores cocas) que corría 100 leguas sólo con coca y dos libras de maíz tostado.

Tales "virtudes" de la coca no las olvidaron los conquistadores ni la Iglesia, a pesar de la prohibición Para propietarios de minas y plantaciones, la hoja de coca era "papel moneda" (Lewin, 1924), y el clero de Cuzco imponía un diezmo a los beneficios y transacciones de coca (Brau, J.L.).

El siguiente capítulo en la historia de la coca empieza en 1857, cuando Niemann y Walter aislan la cocaína (Gardereke había extraído el alcaloide al que llamó enythroxylon). En 1856, nace S. Freud. Este después de conocer algunos informes sobre la cocaína (Schroff, - Van Aurep) y sobre todo los de Bentley y Palmer, respecto al tratamiento de la morfinomanía por medio de la cocaína y los de Theodor Aschenbrandt explicando los resultados de la aplicación de cocaína a los soldados ("produce un efecto refrescante y reconfortante"); en 1854 prueba la cocaína y publica "über coca". Empieza su trabajo con Königstein al que deja en manos de Carl Koller, que prueba la cocaína en el ojo de una rana.

En aquella época un cirujano ruso Kolomines se suicida tras fallecer un paciente al que había anestesiado con esta sustancia para extraerle un tumor intestinal.

Después de esto Freud admite en carta a Martha "que toma regularmente dosis pequeñas para combatir la deprésión" y presenta la cocaína en su trabajo "Contribución al conocimiento de los efectos de la cocaína" (1885), como un inofensivo antidepresivo. En el mismo año

sin embargo Lewin ataca a Freud oponiéndose a sus afirmaciones de -- que la cocaína no produce daño alguno y al tratamiento del morfinismo por la cocaína (diciendo que con tal procedimiento sólo puede lograrse una "adicción doble"). Seguidamente en 1885, Freud publica "Notas sobre el ansia de la cocaína y el miedo a la cocaína" en el que pone en entredicho la total inocuidad de la cocaína que él mismo había sostenido.

Hacia 1902-1903 la cocaínomanía ya era producto de la aspiración nasal. Años antes era famoso ya en Europa un vino con hojas de coca: ello nos lleva a comenzar la historia también curiosa e interesante de la coca-cola (Revista Epoca NÚM.1, 1980).

Después de dedicarse a fabricar jarabes para la tos y lociones capilares, Jonh Pemberton, en una trastienda de Atlanta empieza a vender una bebida alcohólica que llamó "The french wine cola" (vino francés y extracto de nuez de cola).

En 1886 había suprimido el vino y añadido azúcar, cafeína hojas de coca y otros extractos vegetales en un denso jarabe que debía diluirse en agua y que debía servir para eliminar la borrachera alcohólica. En enero de 1887 nace Pemberton Chemical Company, con tres socios; se ha añadido agua de Seltz (soda) al denso jarabe en vez de agua. La bebida ya se llama Coca Cola y del mismo 1887 nace su logotipo aún vigente. En 1889 se embotella la bebida, fabricándose por un tal C. S. Root "un envase capaz de ser reconocido en la oscuridad... o por sólo una porción del envase"... Era una imagen que estilizaba la cascara de la coca, añadiéndole "ranuras verticales para sugerir la imagen de una mujer de la época ligera de ropa"...

En 1903 la cocaína dejó de ser uno de los ingredientes de la Coca Cola. Después de los incas, S. Freud y la Coca Cola, a principios del siglo, la epidemia de la sniffada estaba "al día" en Europa y América... sin embargo era especialmente, "la droga de las prostitutas". También fue utilizada por los combatientes en la Primera Guerra Mundial mientras los franceses acusan a sus enemigos prusia-

nos de introducirla clandestinamente en su país (la producía La Bayer, la Merck y la Parke) para "debilitar la raza francesa". - La droga pasó pronto a la ilegalidad y se inició al cabo de los años su etapa "actual" (Varene, G., 1983).

Alucinógenos.

El tema de los "alucinógenos" y su conflictividad, en el campo de las toxicomanías, puede estar en la aplicación restrictiva o abusiva del término alucinógeno a diversos productos toxicomanígenos. La dificultad básica radica en el hecho de que, casi todas las sustancias toxicomanígenas, que usualmente entran en las clasificaciones "ad -- sum", pueden, en determinadas circunstancias, ser productos capaces de producir trastornos alucinatorios (alteraciones psicopatológicas de la senso-percepción, en el concepto "clásico"). Recordar el caso de la cocaína, de la morfina, y del propio alcohol, que por dosificación excesiva o abstinencia absoluta o relativa, según las cosas, - pueden dar lugar a evidentes manifestaciones de carácter "aluci-- nante", que traducen de hecho las manifestaciones del "descenso del nivel de conciencia" y las características producciones "oníricas".

Determinados productos alucinógenos, el LSD o el peyote, usado el - primero en condiciones estrictamente experimentales en el laboratorio de Psicofisiología o Psicofarmacología experimental y el peyote o jículi empleado en condiciones estrictamente rituales permiten - una exacta toma de datos, la transmisión de la experiencia, en forma concreta y definida, sin que exista otra limitación, que la derivada de la capacidad del observador externo y del experimentador del producto.

En ambos casos, la comunicación de la experiencia recibe una codificación previa. para los canales de expresión de la "vivencia". La - comunicación, mediante la descripción objetiva de lo que se experimenta o se ha experimentado, en el marco referencial del laborato-

rio, con sus peculiaridades del lenguaje, "habitat" y medios de -- transcripción, a los que definimos como técnico-científicos, y en - el otro caso, con las connotaciones referenciales, antropológico, re- ligioso, folklóricos, cuyo código, si sabe, es aún más rápido, que el presumiblemente científico.

El caso del LSD.

Puede decirse que se trata de un ejemplo paradigmático, cuando se trata de un producto que si bien constituye un ejemplo de insidencia de una sustancia toxicomanígena, en el mundo industrializado, su historia no tiene nada de "natural" ni de psicodélica. El LSD es descubierto en 1938 por el doctor Hoffman pasando entre 5 ó 6 años antes - que no se evidencien sus efectos alucinógenos. Se introduce en medicina, en la rama o especialización psiquiátrica, cuando, en referencia a sus efectos, los psiquiatras lo "autoexperimentan". Los -- psiquiatras creen que experimentando con ellos mismos, les permitirá "entender" o "comprender" al psicótico (en especial al esquizofrénico). Más adelante se intenta un uso terapéutico, sin que nunca se emplee el producto dentro de las más elementales normas de -- experimentación farmacológica (Cohen, S., 1982).

En la década de los 50, se inicia un uso pretendidamente psicotrópico del LSD que curiosamente ha desaparecido de la literatura científica actual. El hecho de que el LSD dejara de usarse como "medicación", no se debe al cese de su fabricación, sino de una serie de - conflictos y como sucede en psiquiatría, en menos de 5 años el entusiasmo se troncó en reserva, y la reserva en prudencia y, finalmente en el rechazo del producto como presumible "medicamento".

De hecho un producto sintético se había revestido de cualidades --- "trascendentales", se aumentó su difusión entre los jóvenes. Automáticamente aparecieron al no fabricarse el producto por carecer de - indicaciones terapéuticas precisas, los laboratorios clandestinos, iniciándose de esta manera el mercado del LSD.

El LSD entra, ya, en el circuito de comercio: cantantes y música psicodélica, luces psicodélicas, cultura y contracultura, etc. ... el interés mercantil ha desdibujado, y hace prácticamente imposible, objetivar el uso del producto.

Opiáceos.

El opio, Papaver Somniferum, es decir, literalmente "hierba del sueño", es una planta cercana a la amapola, cuyo interés en nuestro caso se debe a algunos de los alcaloides que contiene, especialmente la morfina (llamada así refiriéndola a su efecto inductor del sueño y a su dios, Morfeo como los nombres de la planta).

Es posible que el uso de lo opio se remonte a 2000 años a.C., como demuestran hallazgos en habitaciones palustres.

El opio ha sido utilizado a lo largo de la historia, pero parece -- que hasta finales del S. XVII no se utilizaba más que como medicamento. Aunque en China ya era conocido en el S. VIII y en 1578, Li -- Shi-Chang en su "libro de materias medicinales", afirmaba: "La adormidera produce una droga, de la que se dice que cura, aunque mata -- como un sable..." (cit., por Brau, J.L., 1983), advirtiéndole sus peligros, no pudo evitarse su introducción en China a partir de Turquía y Egipto y de Java y Formosa; a partir del S. XVII y su prosecución a la fuerza y por intereses económicos mediante las Guerras del Opio.

Desde 1729 los emperadores chinos prohibían el uso de importación -- de lo opio, pero la Compañía de las Indias Orientales, los China-Clippers, con el beneplácito y apoyo del Parlamento Inglés fueron incrementando la exportación de lo opio a China (y no a cambio de té como se acordó inicialmente), dando lugar a las más vergonzosas guerras de -- la historia.

La primera prohibición china data de 1729, cuando la importación-- era de 200 cajas (siguió al final de la primera guerra el Tratado - de Nankin, en 1842 y el de Tienstsin, tras la segunda guerra en --- 1858) pasándose en 1879 a las 100,000 cajas (Brau, J. L., op. cit.).- Además, de esta forma, con Hong Kong se convirtió en colonia inglesa. El tráfico siguió hasta 1911, cuando ambos gobiernos (británico y chino), acordaron reducir el comercio en un 10% anual hasta que cesara, pero los cultivos de opio eran ya extensos en la propia China y los fumaderos de opio habían sido inventados, utilizando otra planta para fumar prohibida: el tabaco proveniente de América, que se mezclaba con el opio.

El uso de la droga "para el placer" se difunde por Europa hacia finales del siglo XVIII, desde Ronsard, y Richelieu, Taylor, Coleridge, - De Quincey ("Papa del opio") o Jean Coctiau Opium: the Diary of an Addict que decía: "el decir a un fumador en estado continuo de euforia que se está degradando, equivale a decirle a un pedazo de mármol que está siendo deteriorado por Miguel Angel o al silencio que está siendo interrumpido por Bach".

Posteriormente, en 1806, Sertünner, sintetizó la morfina y en 1874, Dreser la heroína. Una nueva era de la adicción a los opiáceos se había -- iniciado.

5.- 3- inhalantes.

Los inhalantes es un fenómeno que requiere un inciso aparte. El uso de inhalantes como sustancias que alteran lamente, es un problema relativamente nuevo. Hace su aparición con cierta importancia en la década de los 60, y se presenta particularmente grave en algunos países por el gran número de personas que los utilizan, y por la edad de los usuarios, en la mayoría de los casos niños o adolescentes.

En la actualidad el consumo de sustancias inhalantes se ha incrementado por una parte por los avances de la industria, y por otra por la difusión de estos productos y los múltiples usos que tiene en nuestra sociedad, apareciendo en forma de pegamentos, lacas, pinturas, etc.

Se tratan en general de sustancias volátiles fácilmente inhalables. Suelen ser derivados del etanol, producto empleado con mucha frecuencia en las industria_s pero también son usados para estos fines sustancias como la gasolina el éter, el tricloratileno, el cloroformo, el óxido de nitros, el tolueno, etc.

Los eteromanos son conocidos desde hace ya tiempo. Es una de las primeras formas de aparición de este fenómeno, pero con unas características particulares que les diferencian del consumo en nuestros días. En la mayoría de los casos se trataba de una monotoxicomanía, y los practicantes de este hábito eran, en la mayoría de los casos, adultos, mientras que en la actualidad se presentan en forma de politoxicomanía y los sujetos suelen ser niños y adolescentes.

Este fenómeno en el caso de un país como México, toma una importancia muy grande. Estudios epidemiológicos realizados por el Departamento de Investigaciones Sociales del Centro Mexicano de Estudios sobre la Salud Mental, indican que, después del alcohol y la marihuana, es la forma más frecuente de uso, se realizó una encuesta re-

presentativa de hogares y escuelas.

La muestra de los hogares estaba formada por personas de más de 14 - años y que vivían en la ciudad de México de la que se obtuvo una -- muestra de 2733 personas, el 0.4% de la población estudiada había - hecho uso de productos inhalantes y tres de cada 100 jóvenes de 14 a 24 años de edad lo hacían regularmente.

No se incluyó en la encuesta a los jóvenes sin domicilio fijo, ya que forman un grupo muy expuesto. La proporción de hombres y mujeres era de 4 a 1, y los grupos más afectados eran los que no habían terminado la enseñanza escolar básica.

Estudios realizados en otros distritos muestran algunas variaciones regionales, pero en general confirman un nivel de prevalencia análo- go y tendencias en la distribución por edad y sexo. De ellos se des - prende que las sustancias de las que más se abusa son los disolven - tes plásticos, aglutinantes para bicicletas, tintes para calzado y - colas industriales.

6.- PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN (SANITARIA Y SOCIAL).

La O. M. S. define a la prevención como la defensa y la promoción de la salud, entendida ésta no como la simple ausencia de enfermedad, sino "como el estado completo de bienestar físico, mental y social".

Operativamente la prevención se divide en 3 niveles de función de -- sus objetivos: Prevención Primaria- dirigida a evitar la aparición del trastorno o la difusión del agente patógeno, favoreciendo de -- forma simultánea una potencia específica a los grupos de mayor --- riesgo y buscando la primacía de la salud general, sus medios van - dirigidos a la comunidad, o a grupos más o menos homogéneos.

Prevención Secundaria- Orientada a evitar el avance del deterioro de la salud en fases incipientes, la medida más importante es la del diagnóstico precoz, su ámbito de aplicación es más individual que - la primaria.

Prevención Terciaria- Busca reducir las consecuencias o efectos residuales de la enfermedad, su acción está indicada en personas con - enfermedades o deficiencias graves, según el 20º informe. 1984 de la O.M.S. su función es detener o retardar la evolución de un trastorno y sus secuelas, aún cuando persista la dolencia.

La prevención puede enfocarse desde diversos modelos teóricos:

- De salud pública, parten del valor que casi todas las personas dan a la salud y estima que la educación y la información objetiva sobre las sustancias que pueden dañarla evitará su uso.
- Psicosocial, este modelo teórico considera que el comportamiento humano de consumo de ciertas sustancias, como las drogas legales, -

está determinado por las presiones de los grupos de pertenencia y de referencia por el rol que desempeñe el sujeto y por las actitudes; - por lo cual una información nos lleva necesariamente a un cambio en el comportamiento si no cambian los demás componentes, como las actitudes y los hábitos.

- Sociocultura - aquí la importancia del inicio y mantenimiento de las conductas dependientes reposan en las estructuras socioeconómicas y en las costumbres, siendo imposible cualquier cambio que no modifique previamente dichas estructuras.

- Jurídico-moral- su estrategia deriva del tema al castigo o a la censura moral pero los sistemas para evitar el primer punto y los diversos valores que se pueden dar dentro de una cultura, hacen ineficaz este sistema.

Es manifiesta la necesidad de una eficaz labor preventiva, de la -- gravedad de las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas, - tabaco, medicamentos, etc. Según datos de las "Jornadas Médicas de Economía Social" celebradas en París, a Francia le costó el tratamiento de desintoxicación, los accidentes laborales y de tráfico en 1979, 70,000 millones de francos, con un saldo de vidas humanas de 40,000 muertes por causas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas y 20,000 por el tabaco, las mismas fuentes calculaban un gasto de 93,698 millones de francos y 70,000 muertes en 1980.

En Estados Unidos según datos procedentes del "New England Journal of Medicine" y firmado por B. N. Luce S. O. Swetzen, en el año -- 1986 los costos para este país fueron 44,193.8 millones de dólares por causas derivadas del consumo de alcohol y 27,539.7 millones por el consumo de tabaco.

En Inglaterra en 1982 la mortalidad por el hábito de fumar fue de - 41,000 personas (Laporte, 1982).

La O. M. S. en su 20º informe, considerando los datos sobre gastos en servicios de salud, estimó que oscilaban alrededor del 40% los -- destinados al alcoholismo.

Por "educación" sobre las drogas no entendemos sólo la mera transmisión de conocimientos en torno a los mismos, sino también a cualquier forma de contacto personal con la población que favorezca a -- corto o largo plazo la prevención del abuso de las drogas y la disminución de sus consecuencias.

La educación sobre las drogas debe ocupar un lugar primordial dentro de la educación sanitaria de la población general o grupos especiales (niños, jóvenes, ancianos y embarazadas entre otros). Es imprescindible fomentar con ella el autocontrol de cada persona en el uso de las drogas, basado en decisiones racionales tras una información veraz y la asimilación de una escala de valores coherentes. Este -- autocontrol de los consumidores de drogas y de los no-consumidores es un objeto básico a conseguir, por el aumento de la oferta de drogas legales e ilegales, la educación sobre las drogas es necesaria -- también para contrarrestar las fuertes presiones que la población -- recibe a favor del abuso de las drogas, tanto las institucionalizadas (por la publicidad, los tópicos culturales, las campañas de -- prensa promovidas por las empresas productoras) como las no institucionalizadas (a través del grupo de amigos consumidores, prensa y actos contraculturales, etc.) pero el problema no se soluciona aquí, la adquisición de hábitos sanos en relación con las drogas no depende sólo de que aumentemos el nivel de conocimientos o modifiquemos las actitudes de la población mediante los programas educativos; ya que se trata de un problema de etiología multifactorial, es imprescindible también la adopción de medidas legislativas, sanitarias y sociales.

En el caso concreto del tabaquismo, los dos únicos países que están logrando disminuir su extensión son aquellos que han adoptado programas conjuntos de medidas legislativas y educativas, como Finlandia y Suecia.

Las empresas alcoholeras, tabaqueras y farmacéuticas promueven el - abuso de sus respectivas drogas con recursos infinitamente mucho más poderosos que los empleados en la educación, por ejemplo las siete - grandes multinacionales del tabaco se gastan cada año más de 1.8 billones de dólares en publicidad (UNCTAD, 1982).

La Organización Mundial de la Salud insiste en la necesidad de eliminar la publicidad del alcohol y el tabaco como medida básica de prevención. El objetivo fundamental de la educación sobre las drogas - es crear una conciencia social de la gravedad del problema de la farmacodependencia, de su etiología multifactorial- preferentemente social - y de la necesidad de adoptar medidas de prevención que incidan sobre cada uno de los factores originantes, ya que parece improbable - que se logre a corto plazo una disminución del abuso de las drogas mediante la educación, promovamos al menos la creación de una conciencia colectiva que exija la adopción de medidas preventivas complementarias.

Factores Sociales y Sanitarios.

Una hipótesis muy a tener en cuenta es la de que el uso ilícito de drogas guarda estrecha relación con el uso lícito. La forma más - segura y científicamente previsible de reducir el uso indebido de - drogas consiste en reducir el uso de todas las drogas en general. Por lo tanto cualquier acción preventiva debe ir dirigida a toda la población que "todos consumanmenos de todo".

De forma sintética la prevención debe ser:

- Primaria: tendente a la eliminación de la causa, es decir a la - disminución de la oferta de drogas.
- Secundaria: Tendente a otorgar a los posibles futuros consumidores

una "inmunidad" frente al "contagio", es decir: impermeabilizar a la población frente a la oferta.

- Terciaria: Es el tratamiento de toxicómanos.

Factores Sociales de prevención, comprenden un conjunto de medidas -- inespecíficas que podrían alejar a los jóvenes del uso de drogas. Un ejemplo es el Plan del Ministerio Francés de 1980 elaborado por la - Sn. Pelletier (Ministerio de Sanidad) que propone acciones para - "abrir los establecimientos escolares a la vida y el mundo de los -- adultos" la creación de "clubes de acogida" en barrios (para ayuda e información) "clubes de calidad de vida" (de promoción social y sanitaria en general) apoyo a las organizaciones juveniles, apoyo al - deporte juvenil, posibilitan el acceso de los jóvenes a la distracción y a la cultura, además de ayuda psicológica a los "jóvenes problemas".

Factores Sanitarios la menor presencia de centros de tratamiento es - un factor de prevención; algunos medios informados pueden hacer mucho para la detección de adolescentes "predispuestos" al consumo de drogas antes de que entren en contacto con ella, en el 20º informe sobre Farmacodependencia de la OMS, señala estos criterios de riesgo:

a) Retraso del desarrollo individual:

- Mala imagen de sí mismo
- Poca participación en grupos
- Actitudes negativas hacia los grupos de autoridad y relaciones difíciles con los mismos.

- Falta de ambición y de proyectos

- Rechazo de gran número de valores sociales

b) Fallos en los sistemas primarios de control social

- Ruptura de la unidad familiar

- Ausencia de directivas de los padres

- Situación social marginal

- Ruptura de la pertenencia a un grupo

- Inclusión en instituciones desmesuradas que provocan el anonimato

c) Fallas de los controles sociales secundarios.

- Cambios bruscos de las leyes, costumbres y valores sociales.

Son puntos aproximados, además la prevención no debe encaminarse exclusiva y únicamente hacia el uso de drogas, en este sentido ¿qué rasgos o criterios sirven para predecir quien será consumidor, por ejemplo, de alcohol o tabaco?.

6. 1- Filosofía y Métodos para la Prevenciones.

Lo importante de las drogas no es la farmacología del producto, con - ser determinante de ciertos efectos, sino que es fundamental "la es-
pectativa de USO" que pueda tenerse hacia una determinada sustancia,
lo que crea la auténtica peligrosidad de uso, en especial, en las -
"ilegales".

Toda sustancia, dentro de una determinada estructura social, posee
una "señal de uso". Este signo o señal de uso social, es lo que ha-
ce más importante la forma en la cual el sujeto "viva" los efectos
farmacológicos objetivos (?) del producto; esta "experiencia" depen-
de básicamente de las expectativas de la persona y aún con mayor -
frecuencia, de la "cultura" del grupo consumidor.

El hecho de la legalidad o ilegalidad despierta expectativas de uso
distintas, los efectos tóxicos son evidentes - en diverso grado se-
gún el producto - en ambos casos además la legalidad o ilegalidad no
indica la ausencia de mercados, ni de un sistema de producción.

La división entre drogas duras y blandas (no dependencia física) es -
una suposición que presupone que la legalidad o el laboratorio farma-
cológico pueden modificar el uso social del producto.

Por el contrario un somero examen de la realidad epidemiológica, del
alcohol, tabaco, abuso de medicamentos y "drogas" nos indica que el
" uso social" depende básicamente de la exposición al producto, y
que dicha exposición correlaciona con la producción.

Asistimos a un debate general sobre la legalización y despenalización
de algunas "drogas ilegales" en aras (¿) de una defensa de un talan-
te liberal algunos países se pronuncian por la legalización. Esta-
mos asistiendo a una operación financiera de gran estilo.

- grandes compañías tabaqueras, por ejemplo, como Marlboro, L & M, -- etc. tienen registrados desde hace tiempo nombres como "joint", -- "pot", "marihuana", "grass", etc. y han desarrollado con carácter "experimental" diversos tipos de cultivos de marihuana...

La venta, distribución y comercialización de un nuevo producto - además de el alcohol y el tabaco - legalmente, no evita, ni evitaría los problemas de salud, como los creados ya, por los productos legales, además de la adopción, por una parte de la población adolescente y joven de determinados países industrializados, de una droga distinta a las institucionalizadas (los derivados del cannabis) responden a factores complejos, no objetivables e incontrolables: crisis de valores éticos, morales, de la familia, educación, libertad, etc....

Normas para la prevención.

Hemos extraído una serie de puntos que creemos interesantes y que pasamos seguidamente a exponerlos:

1.- Normas administrativas ilegales de consumo, de disponibilidad, -- nuevos puntos de venta, etc., que tiendan a la "disminución del consumo".

2.- Educación del consumidor potencial.

3.- Arbitrar medidas tributarias arancelarias, para disminuir y cerrar las importaciones y/o aumentar las exportaciones (modelo francés).

4.- Ofrecer soluciones alternativas de carácter industrial y agrícola a la sobre producción alcohólica después de un serio estudio sobre el costo de la enfermedad alcohólica, la neoplasia pulmonar y los múltiples efectos indeseables de todas las sustancias implicadas (legales).

5.- Estudiar el Sistema Fiscal más apto - a nuestro criterio no relacionado con los productos cuyas consecuencias queremos asistir o prevenir - para financiar parte de las actividades preventivas y asistenciales fuera del marco de la Seguridad Social, dedicados a la marginación social.

6.- Difusión de pautas de alimentación sanas, que han demostrado ser la mejor tarea preventiva de educación positiva de la población escolar, en alcoholismo.

7.- Educación Sanitaria a embarazadas, padres y tercera edad con referencia al alcohol, tabaco, automedicación y "drogas", enfatizado en cada caso el aspecto más importante.

8.- Moderar, en un principio orientar, disminuir y en último término suprimir toda publicidad y propaganda de: bebidas alcohólicas, tabaco y medicaciones en : T. V., radio, prensa, etc.

9.- Farmacias de personal especializado en tareas preventivas y -- asistenciales.

10.- Estudiar los mejores medios para modificar las actividades básicas de determinados grupos de población (grupos sociales con mayor riesgo) con referencia a la problemática alcohólica "drogas", tabaco, etc.

11.- a) Asistencia psicosocial diferenciada y especializada para alcohólicos.

b) Asistencia psicosocial diferenciada y especializada para "drogadictos"

12.- Creación de unidades de desintoxicación y deshabituación para alcohólicos y "drogadictos" en los Hospitales Provinciales, Residencias Sanitarias, Hospitales comerciales y de área.

13.- Desarrollar programas diferenciados para: pedagogos, policia, sanitarios, funcionarios de cárceles, farmacéuticos, etc.; cuya finalidad sea de: farmacia e información.

14.- Creación de Centros, hospital de día residencia psicosocial, - granjas de jovenes, etc.; etc.:

6.- 2- Factores antiprevención y dificultades para la prevención.

Aunque sea muy desanimador constatarlo, en la prevención de la forma de codependencia estamos todavía en la misma situación que a principio de siglo; el personal sanitario más concientizado del problema del alcoholismo y de las otras drogodependencias presiona para la puesta en marcha de medidas preventivas, pero los poderes públicos hacen caso omiso en la práctica - de estas peticiones. -.

La característica que más diferencia a la situación actual es que el abuso de muchas de las drogas se ha disipado y es proporcionalmente mucho mayor que a principios de siglo.

Los industriales del sector alcohólico en España, presionan y "se quejan", de esta manera hay unas campañas antialcohólicas que no van dirigidas a la educación del consumidor sobre el tema o a la reducción de los alcohólicos, sino que con frecuencia incurre en el mero desprestigio de unos productores que no sólo sitúan a este país entre los cuatro productores del mundo, sino que dan trabajo entre producción y comercialización a cerca de cuatrocientas mil familias. Ignorándose también, al parecer el apoyo creciente del sector de bebida a la balanza comercial de España a través de las exportaciones.

El presidente de la Federación Nacional de Fabricantes de Licores en España "enumeró algunos de los aspectos más preocupantes para el sector como la claridad fiscal que exigiría Hacienda, el mayor control del producto por parte de Sanidad y la consiguiente readaptación técnica sanitaria de la actividad industrial, la incidencia, incluso en el campo de la comercialización, de las campañas antialcohólicas y la existencia de unos reglamentos que suprimirán los graneles.

"Ante estas campañas, los industriales del sector hemos encargado, a través de la Asociación Española de Anunciantes, en un estudio de prestigioso Instituto, para conocer con exactitud el alcance de los mismos en la opinión pública, y poder dar a conocer a ésta toda la

verdad sobre el tema".

Es de agradecer que el sector se tome la molestia de evaluar las campañas: función que los profesionales de la Sanidad no siempre pueden realizar por falta de recursos.

Las formas de contrarrestar una campaña preventiva son múltiples, pueden tener forma de un artículo en la prensa, éstos suelen tener un esquema similar al mensaje publicitario: refuerzo de la imagen positiva del producto asociándolo a personajes de prestigio como médicos que opinan positivamente y niegan daños; omisión de la dependencia y de los daños que pueda causar, al igual que de las fuentes que pretende refutar; concluyen otorgando al sector una aureola de mártir, víctima de una oscura conjura que busca desprestigiarlos para arrebatárselos el mercado.

El humor de la calle, de las revistas también actúa contra las medidas de prevención por su oposición sistemática al poder, y para congraciarse con el consumidor (dejar de fumar cuando hay altos índices de contaminación industrial asociar la educación sobre el alcohol a las antiguas y extremadas sociedades de templanza).

Vamos a agrupar de forma un tanto artificiosa las dificultades u obstáculos a la prevención en ocho categorías:

Metodológicas- tendencia a deducir efectos casuales de simples estudios descriptivos referidos a una situación/momento.

Confusión entre estudios descriptivos, causales y comparativos. Con mucha frecuencia, se publican estudios en los que los términos empleados están poco o mal definidos, no se menciona el diseño utilizado ni la metodología; no sólo falta un control o neutralización de variables intermedias contaminadas y confusas sino que éstas no son tenidas en cuenta ni siquiera en la discusión.

El poco rigor a la hora de realizar el muestreo, unido al deficiente tratamiento estadístico; hace que los resultados sean poco generalizables a una población numerosa.

De Orden Sanitario - el efecto sobre la salud de las drogas legales es lento lo que dificulta la posibilidad de poder ser identificado -- por experiencia propia (O.M.S.).

La escasa conciencia de daño colectivo impide o reduce el poder de -- convocatoria que tienen otros fenómenos similares, como son la contaminación o la falta de equipamientos ciudadanos.

La actitud moralizante y poco objetiva, incluso por parte de algunos profesionales de la salud (afortunadamente en vías de cambio) han sido durante muchos años un importante obstáculo, no sólo para el tratamiento adecuado sino también para la prevención.

Psicológicos - Los efectos psicológicos vividos por el sujeto como -- agradables actúan en el inicio de la dependencia precisamente en el momento en que más eficaz podría ser la campaña, después el hábito, -- y, con mayor fuerza, la dependencia física y psicológica, serán suficientes para dificultar en el sujeto cualquier intento de prescindir del tóxico.

Culturales- el consumo de estas sustancias es legal y su uso está -- generalizado en casi todo el mundo (O.M.S., 20º informe 1984) es potenciado por la publicidad y la moda, la cultura de masas, como telefilms, -- novelas, etc., con altas dosis de competitividad e iniciación al consumo.

Errores de tradición y manipulación informativa por la que se -- atribuyen cualidades positivas, a algunos tóxicos, de los que carecen, como considerar que el vino es un alimento, o que los medicamentos son

el único factor importante contra la enfermedad.

Legales -La complejidad que supone el aplicar controles de alcohol a los conductores (O.M.S. 20º informe, Gassull, M.A.1985), el no registrarse denuncias por información del Código Penal que prohíbe vender bebidas alcohólicas a menores de edad son una muestra evidente de las dificultades con que se pueden encontrar las leyes de este tipo, sin un cambio cualitativo en la población y en quienes son responsables - de que los medios de protección a la salud pública se cumplan.

Políticas- La mayoría de los autores, incluidos los expertos de la O.M.S., coinciden en señalar los ingresos que perciben los gobiernos en conceptos de impuestos sobre la producción y comercio de las bebidas alcohólicas, el tabaco y en menor escala, de los medicamentos, como una de las más importantes dificultades ante la prevención, hay gobiernos que pretenden ignorar o encubrir el problema de las drogas ilegales en el típico "aquí no pasa nada" porque temen los resultados de un estudio epidemiológico bien hecho, ya que éste podría descubrir lo ineficaz de la gestión gubernativa en lo referente a la defensa de la salud. Si la decisión de reducir el consumo parte de un sólo ministerio, es probable que una llamada telefónica provoque el cese del responsable de dicho organismo como sucedió en Francia con el primer ministro Mendés France o como el caso en los Estados Unidos con Califano, Ministro de Sanidad, cesado por las presiones de los productores de tabaco.

En naciones productoras de alcohol y tabaco, las medidas se ven dificultadas por las represiones que podrían tener sobre un medio de subsistencia muchos miles de personas.

Económicos - son factores muy difíciles de desligar de los anteriores por las presiones que ejercen sobre ellos, las dificultades estriban en la reducción de los beneficios que podrían suponer (en particular para los grandes productores) las medidas encaminadas a reducir el consumo; éstos, al ver en peligro sus intereses intentan del mismo modo-

que en la obra teatral "Un enemigo del pueblo" de E. Ibsen, presentan la prevención como causa de desastres económicos que afectan a los - trabajadores del campo, el comercio y la industria.

La inercia - El antiargumento de la lamentación Cortés como lo llama G. Edwards en un reportaje sobre la O.M.S. consiste en pensar "no podemos hacer nada eficaz, el problema es demasiado difícil y complejo". Si pueden aplicarse las leyes físicas de la dinámica de Newton al -- problema de la prevención (salvando las diferencias que implica la -- complejidad multifactorial de las dependencias como fenómeno social) - podemos asegurar que "toda medida preventiva permanecerá en reposo o - con movimiento uniforme, mientras no haya una fuerza que la impulse. -

Las fuerzas de la inercia actúan por motivos muy diversos:

- están los que piensan que nada se puede cambiar
- los que intentan que nada se puede cambiar
- los que ni piensan que nada se puede cambiar
- y los que desean cambiar el mínimo insuficiente para que nada cambie

Los errores en la elaboración o aplicación en una campaña también pueden actuar sobre está, frenando o reduciendo su eficacia; los más -- frecuentes son:

- confundir los deseos con la realidad
- crear comisiones que se esfuercen en el conocimiento, valoración y en proponer medidas de prevención, para después archivar los resultados en un cajón

- Comenzar, sin saber bien hacia donde se va y "quién no sabe a - -
donde va,, todos los caminos le llevan a ninguna parte (Henry - -
Miller).

- planificar la prevención por inspiración o por intuición, desconociendo la epidemiología y los recursos existentes.

- proponerse objetivos ambiciosos, desproporcionados con las posibilidades económicas y técnicas.

- incorporar al programa voluntarios exaltados con ansias de redimir - -
y purificar al "mundo del vicio" que, como señalaba Piga y Marinioni -
"sus efectos son notablemente contraproducentes"

- ignorar recursos tan importantes como las asociaciones de exalcohólicos.

- Confundir un componente de la prevención como puede ser la información con un auténtico programa.

- repetir e iniciar programas sin evaluar los anteriores.

- lanza campañas diferentes sobre salud sin ninguna conexión.

- importa modelos de otros países.

Para evitar la investigación inicial, el conocer las experiencias - -
externas es vital, aunque no evita la necesidad de conocer la realidad sobre la que se desea actuar.

6.- 3- Modelos Metodológicos para la Prevención.

Algunas de las características para elaborar normas o directrices -- orientativas en la organización de un programa educativo pueden ser -- estos:

- Ser posible, los programas utópicos pueden quedarse anclados en -- su mundo de sueños.
- Ser transparente, claro en sus planteamientos.
- Por que la salud no es una moda, sino un derecho permanente, los -- programas tendrán que perdurar por encima de los intereses o las modas del momento.
- Deberá poseer un alto grado de flexibilidad que le permita adaptar -- se a una realidad social o un cambio que no siempre es posible calcu -- lar.
- Sin perder su capacidad unitaria que permita una valoración conjun -- ta con otros países, deberá ser adaptado a la cultura, lengua y -- situación del lugar donde a de aplicarse.
- La coordinación con otras actividades similares y la integración de todos los recursos disponibles, son pilares básicos de la prevensión.

A nivel técnico

- Estudiar las ventajas de programas de prevención o tratamiento -- unificados para las diversas sustancias capaces de crear dependencia, o programas específicos de cada tóxico.

Lo primero obtiene unos rendimientos de los recursos y puede ser más eficaz por su acción concertada global. El segundo puede lograr -- resultados más concretos por su especificidad, además de evitar en -- el tratamiento el rechazo de diversos pacientes.

- Dar al material informativo su verdadero valor de medio, y no considerarlo un fin.

- No utilizar imágenes en actitud de consumo para la realización o difusión de programas.

Hay que tener en cuenta que la educación sobre las drogas, además de ser necesaria e insuficiente, es también una tarea compleja que requiere una preparación, una programación y una evolución cuidadosas, las charlas es el método más utilizado hasta ahora, numerosos estudios ponen en duda la eficacia de la educación sobre el alcohol, el tabaco o las drogas.

Algunos de ellos son sólo estudios sociológicos transversales, otros estudios están realizados por W. de Haes y J. Schwan (1985) se experimentó la eficacia de tres métodos de la educación sobre la cannabis para adolescentes:

- 1) Inculcar un cierto miedo hacia esta droga insistiendo en los aspectos negativos.
- 2) Dar una información "objetiva" sin hacer especial énfasis en los efectos negativos.
- 3) No hablar de la cannabis, sino organizar grupos de discusión de los alumnos sobre problemas de la adolescencia.

Cada uno de estos tres métodos se experimentó en un grupo distinto de alumnos y hubo además un grupo central.

Antes de la experimentación del programa se estudiaron los conocimientos, actitudes y hábitos de los alumnos en relación con la cannabis, estos mismos aspectos se volvieron a estudiar con posterioridad al

programa, para evaluar su eficacia. Sus resultados, aunque no son generalizables a otras situaciones, muestran que, en lo referente a la variable "hábito de consumo" en los dos grupos donde se dió la información sobre la cannabis aumentó el consumo, al igual que en los del grupo control, estos resultados insinúan que lo que normalmente hacemos como educación sobre las drogas "reducir la educación a dar información y, a su vez, centrar ésta en los aspectos negativos de la sustancia) es contrapreventivo y lo que normalmente no hacemos (organizar grupos de disuación que promuevan la salud mental de forma global sin centrarlas especialmente en las drogas) facilita el autocontrol y la búsqueda de alternativas y por lo tanto, es más preventivo.

A pesar pués de las limitaciones que podemos encontrar en el método de las charlas, y de la necesidad de los estudios experimentales sobre educación en las drogas vamos a apuntar algunas orientaciones que pueden ser de utilidad:

Antes de las Charlas:

- 1).- ver que motiva la demanda de la charla: que es lo que les preocupa y lo que esperan del profesional.
- 2).- conocer las características del medio de los asistentes potenciales (barrio, colonia). Variables como situación laboral, política empleo del ocio, etc.

Esto nos servirá para determinar posibles factores originantes del abuso de las drogas en aquel grupo social y posibles alternativas válidas para ellos.

- 3).- Estudiar (cuestionario anónimo u otros métodos) los conocimientos, actitudes y hábitos relativos a las drogas del grupo hacia el que estén dirigidas las charlas.

4).- Público homogéneo, jóvenes con jóvenes, mientras más heterogéneo sea el público, mayor es el riesgo de que las charlas resulten contrapreventivas (por ejemplo: a niños que ya están consumiendo inhalantes hay que explicarles los efectos tóxicos que producen y como prevenir posibles accidentes en su consumo; a niños que no sepan que los pegamentos, derivados del petróleo y otros inhalantes son "droga" esta información puede serles contrapreventiva).

5).- Organizar el programa de dos o tres charlas, al menos, para tener el tiempo necesario para profundizar, para un público adulto general el programa podría ser:

1ª sesión- concéptos básicos

- epidemiología
- características y efectos de las drogas más utilizadas.

2ª sesión- factores originantes del abuso de las drogas

- medidas preventivas familiares-escolares y sociales
- como facilitar el tratamiento

Durante
la
charla :

- centros que existen y diálogos
- empezar con un breve diálogo, de sondeo y para establecer un clima que facilite el coloquio posterior. — guía
- utilizar un lenguaje no técnico
- no exponer muchas ideas nuevas de golpe, insistir en las principales.

- dedicar mucho tiempo al diálogo, es la única forma - de poder corregir malos entendidos y de que revisen - sus actitudes.

Después de las charlas

- estar disponible un rato para continuar el diálogo a un nivel particular con los asistentes que no se han atrevido a hacer determinadas preguntas personales - en público
- organizar pequeños grupos de discusión con aquellos - que están más motivados por problemas concretos.

Así pues para que la educación sobre las drogas en los colegios, - - barrios, colonias, etc. resulte eficaz deberían estar planificados a partir de un estudio previo de la situación, que determine los objetivos prioritarios y terminar con una evaluación de la eficacia además - de estar coordinada para llegar a todos los grupos de la población,, aprovechando al máximo los recursos humanos y materiales existentes, es decir, con un mínimo costo y ser lo más autogestionada posible -- por parte de la comunidad, grupos juveniles, asociaciones de padres, asociaciones de vecinos, entre otras.

7.- METODOS/TERAPEUTICOS Y SU EVOLUCION.

El mero hecho de que debamos referirnos a distintas modalidades o -- posibilidades terapéuticas señala la realidad de que actualmente, -- ninguna de ellas parece tener comparativamente resultados especial -- mente brillantes.

No se puede negar que el paso más importante en la recuperación del -- alcohólico fue dado por los propios enfermos (Alcohólicos Anónimos, -- grupos, etc.) nadie hoy puede dudar que nos encontramos en una etapa de acumulación de experiencias y que de éstas y de las iniciativas de los propios afectados deberán surgir soluciones. Es por todo ello -- que existen diferentes modalidades terapéuticas.

Los psicoanalistas siguen ignorando que las sustancias responsables -- de las actuales pandemias (heroína, alucinógenos, cannabis, etc.) -- existen desde hace muchos años pero que la problemática actual que -- originan, data de hace unos 30 años y pretender aún su etiología en -- la biografía del ser humano como puro individuo, desprovisto de siste -- mas metabólicos y aséptico entre las influencias ambientales, otros -- proponen contrasentidos terapéuticos, como el de utilizar por ejemplo el LSD para tratar toxicómanos (cit. por Laurie).

No se ha encontrado un solo estudio controlado respecto a resultados del tratamiento de heroinómanos mediante técnicas psicoanalíticas, -- la práctica psicoanalítica en este caso sería equiparable al efecto -- placebo, la única propuesta es el "análisis" previo para solucionar -- el "síntoma" de dependencia y además durante largo tiempo ¿cómo puede efectuarse una psicoterapia individual a un sujeto sometido cotidiana -- mente al efecto de fármacos alteradores de las funciones psíquicas?

Tampoco podemos pensar que es alcohólico, por ejemplo, aquel que no --

tenía más remedio que serlos por su biografía o por su carga genética- y complejos sin resolver- cargándole a él o a su microgrupo toda la "responsabilidad" y es un hecho probado que el porcentaje de toxicómanos de alcohol en una comunidad es proporcional al grado de exposición al alcohol por dicha comunidad.

Los toxicómanos y los heroínomanos en especial "han padecido" múltiples intentos "terapéuticos": acupuntura, neouroelectroterapia, psicocirugía o alfa-metil-paratirodina y ácido fusárico, electrochocs, -- psicodrama y hasta aspectos tan parciales como los métodos de "autoridad racional" (cit. por Glosscote, R. M. y cols., 1985) ensayada en el Washington Heights (Nueva York) o de condicionamiento (reflejo condicionado simple) negativo (imágenes seguidas de descargas) ("La naranja Mecánica") e incluso métodos de "regulación del estado de ánimo".

Las técnicas y abordajes más contrastadas han sido:

A- Curas de desintoxicación

B- Psicoterapias (de grupo, familiares e individuales)

C- Comunidades terapéuticas (C.T.)

D- Mantenimiento con Metadona (M.M.)

E- Mantenimiento con antagonistas (M.A.)

F- "Programas amplios" (P.A.)

A- Causas de desintoxicación, se trata de un tratamiento puramente médicoque pretende solventar la dependencia física.

Hay diversas posibilidades de actuación, deben escogerse entre ellos-

según el tipo de toxicomanía, la gravedad previsible del cuadro de abstinencia y la personalidad y la actitud del enfermo.

En 1935 cuando el Gobierno Federal inaugura en Lexington, Kentucky - un Hospital del Departamento de Salud Pública para el tratamiento de toxicómanos ya en 1938 cuando se pone en funcionamiento un centro análogo en Fort Worth, (Texas) con un total de unos 2,000 plazas entre ambos centros. La cura de desintoxicación en ambos se hacía sustituyendo la heroína por morfina y descendiendo progresivamente las dosis/día de esta. En 1948 la morfina es sustituida por la metadona, sólo por Lexington habían pasado ya unas 50,000 heroinómanos en 1970.

Los cursos de desintoxicación basados en la sustitución de heroína - por otro opiáceo, procediendo seguidamente a su progresiva eliminación tienen absoluta vigencia aún.

B- Psicoterapias surgen de la manera espontánea y de los propios adictos, tres condiciones parecen imprescindibles para el buen funcionamiento del grupo terapéutico:

- el control objetivo de la abstinencia de tóxicos de sus miembros-- (control cromatológico de orina, etc.)
- su enganche con otros elementos de "inserción social".
- la posibilidad, previa selección, de que sus miembros rehabilitados pueden incorporarse a tareas preventivo-terapéuticas

C- Comunidades Terapéuticas, la cura de desintoxicación tendría carácter de "prólogo", la psicoterapia imprescindible para tomar conciencia de la "toxicomanía", pues bien las comunidades terapéuticas propician el modo y marco de vida diario, hora a hora y minuto a minuto, posibi-

litan la integración psicosocial: reconsideración y capacitación - personal y proceso de incorporación a la comunidad, inicialmente las C. T., se inspiran en la hipótesis de Max Well Jones.

C. T. en funcionamiento son muchas destacan: Synaman, Daytop, Narconen, C. O. D. A. M. A., etc.

Las C. T. siguen unos principios comunes y una evolución intrahistórica paralela, algunos puntos servían:

- se aceptan sujetos desintoxicados después de un riguroso proceso de selección
- los sujetos son sometidos a una acción mixta psicodinámica conductista.
- organización jerarquizada (con grupos de confrontación)

D- Mantenimiento con metadona, consiste en la sustitución de los opiáceos por metadona en 1969, después de la clausura del Riverside Hospital de Nueva York, el Consejo de Investigaciones Sanitarias de dicha ciudad, becó a Vicent Dole y a Marie Nyswander para que exploraran las posibilidades de los "métodos de mantenimiento". El estudio se inició en el Insituto Morris.

1. Bernstein del Centro Médico Beth Israel, la intención de los programas de mantenimiento a metadona se pueden resumir así:

- suprimir el consumo de opiáceos ilegales y en consecuencia lograr la disminución del "mercado negro".
- evitar accidentes (infecciones y de sobre dosis) en los adictos al administrarse por vía oral y dosis controladas

- evitar efectos euforizantes (flash)
- contacto continuo con el centro-rehabilitación social
- los M. M. tendencia a suprimir las conductas de carácter antisocial: delincuencia, criminalidad, etc.

Existen argumentos contra y críticos respecto a los M. M.

- hace tiempo un adicto declaraba a Neewsweek: "ahora moriré como un yunki legal", en efecto como se decía por Phoenix Hause, en su 5 - years Report (1972)

"la diferencia básica ente la metadona y la heroína se encuentra únicamente en el espíritu de los funcionarios que ven en la primera un medicamento y en la segunda una droga".

- los abandonos son tan frecuentes como en otras modalidades terapéuticas,
- las sustancias químicas no solucionan los problemas psicodélicos - de los adictos.

E- Mantenimiento con Antagonistas, se basan en la teoría del Aprendizaje, el concepto de extinción , la administración de antagonistas - bloquean todos los efectos farmacológicos de los opiáceos (desde los efectos sobre el psiquismo hasta la contracción pupilar, por ejemplo) así mismo los antagonistas impiden la aparición de dependencia física y de tolerancia, naturalmente a la inversa (si se administra un-- antagonista a un adicto a los opiáceos) aparece bruscamente un cuadro de abstinencia, como es lógico, antes de iniciar la administración de antagonistas debe fomentarse la dependencia física mediante una-- cura de desintoxicación.

F- Programas amplios, se trata de programas complejos por su composición y que posibilitan diversas opciones terapéutica en su mismo -- transcurso.

Cualquier "modalidad" terapéutica" puede formar parte de un programa P. Amplio.

Los P. A. permiten una asistencia más globalizada a los toxicómanos por disponer de distintas posibilidades terapéuticas según las circunstancias o los casos se demuestra además que las diferentes modalidades terapéuticas no se excluyen..

Un interesante ejemplo de PA es el de la clínica de jóvenes de Copenhague. A partir de una cura de desintoxicación en clínica o en chalets en el campo se posibilitan y conjugan, sobre las terapias de grupo y la constante colaboración de toxicómanos rehabilitados, hogares - pensión, escuelas (enseñanza básica o artes - oficio) "granja" familias "adoptivas" de toxicómanos desintoxicados etc.

Existen datos que evalúan las modalidades terapéuticas de forma objetiva pocas veces se evalúan los programas de tratamiento de toxicómanos, pero vamos a referirnos a dos casos en que no fue así:

1.- Programa Danés- Clínica de Jóvenes de Copenhague

2.- D. A. R. P.

1.- Una investigación estatal evaluó el Programa de la Clínica de -- Jóvenes de Copenhague, se investigaron todos los pacientes tratados en el período 1969-1972 que llevaban, por lo menos, 16 meses dados de alta. la dirigió E. Petersen

- entre el 46 y el 48% no habían sido objeto de sanciones penales,
- un 70% no había precisado nuevo tratamiento (ni por toxicomanía ni por otra razón psiquiátrica)

- el 52% tenían un empleo o estudiaban
- el 76% tenían una vivienda adecuada
- el 60% seguían "liberados de la droga"

El D. Petersen concluía su investigación diciendo "Si nos basamos -- en los resultados obtenidos hay que rechazar la idea de que la toxicomanía no puede curarse. Por el contrario, la investigación muestra que en realidad el sistema de tratamiento puede y debe aplicarse a los toxicómanos".

2.- El D. A. R. P. o Drug Abuse Reporting Programe, recoge datos de pacientes tratados en 52 centros estatales en EEUU y Puerto Rico.

Evalúan sólo a los pacientes que llevan un período mínimo de 5 años post-tratamiento,, la muestra definitiva comprendía casi 27,500 pacientes. Un número tan elevado de casos y un período post cura tan prolongado (5 años) otorga indudable valor al estudio.

Los parámetros de la evolución:

- el consumo de opiáceos
- la existencia o no de empleo
- el consumo de drogas no opiáceos (el D. A. R. P. excluye la marihuana)
- el consumo de alcohol
- existencia o no de delincuencia
- necesidad o no de reanudación del tratamiento

Hay cuatro niveles de resultados, los niveles III y IV desfavorables, el nivel II que considera la abstinencia de opiáceos pero no de otras drogas y el nivel I que incluye los resultados favorables en todos los parámetros. Para el nivel I tanto M. M. como C. T. se obtienen resultados favorables superiores a los esperados, las investigaciones pertenecientes al D. A. R. P. concluyen que para los M. M. los C. T. (desintoxicación seguida de tratamiento ambulatorio) el tratamiento da resultado. Hay que hacer constar de todas formas que en toda la bibliografía consultada se remarca que los abandonos del tratamientos son extraordinaria y exageradamente cuantiosos, sea cual sea la modalidad (incluso en los P. A. sobre todo en su primera etapa de cura de desintoxicación).

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Alonso Fernández, F. : Comunicación al IX Congreso Internacional Sobre Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias. Madrid 1984
- 2.- Alonso Torres, J. F.: "Trabajo Psicosocial con enfermos alcohólicos", pp. 7-72 (ev. Trabajo Social (Publicación Asoc. de Asistentes Sociales de Barcelona).
- 3.- Alonso Torres J. F.: "Consecuencias Sociológicas y del Alcoholismo (En: Sociedad y Alcoholismo). Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (Madrid). Núm. 35. Abril-Junio, 1979 pp. 53-67, 1983.
- 4.- A. R. H. C.: Asociación Alcohólicos Rehabilitados del Hospital - Clínico de Barcelona. E. A. J. I. de Castelló Rovira, locutor. Documento de una Emisión de Radio Barcelona (Enero de 1980). - (ofsset). Barcelona, 1980.
- 5.- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados A. R. H. C. Hospital Clínico: Función Sanitaria y Social de las Asociaciones de Alcohólicos Anónimos, 1980.
- 6.- Bach, L. y Freixa F.: Problemática del Tratamiento Psicosocial del enfermo alcohólico.(En: La Enfermedad Alcohólica Gasull, M. A.). Cap. 16, pp. 267-280. Químicos Unidos Fargral. Barcelona, 1986.
- 7.- Benitez, F.: Los Indios de México: Los Hongos Alucinantes. Era México 1984.
- 8.- Benitez, F.: Los INdios de México en la Tierra Mágica del Peyote. Era, México 1985.

- 9.- Benjamín, W.: El hábito de fumar en el mundo, informe presentado al Comité de expertos de la OMS, en la Lucha Antitabáquica; Noticias Médicas, 179: 3-7, 1981.
- 10.- Bogani, E.: El alcoholismo enfermedad social. Pulso Editorial. Barcelona 1987.
- 11.- Blanco F. Mendoza, R., A. Vega.: Técnicas de prevención de las farmacodependencias, en ponencias y comunicaciones de las VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. 1986.
- 12.- Brau, J. L.: Historia de las drogas. Ed. Bruguera, 1983.
- 13.- Burroughs, W.: El Almuerzo desnudo. Ed. Júcar, 1987.
- 14.- Caravedo, B. y Almeida, M.: Informe: Problemas del Alcohol, el coquismo y otras drogas en el Perú. Ministerio de Salud. Perú. Lima 1980.
- 15.- Cardona, D.: Lingüística de la publicidad. Ed. Júcar, Mallorca, 1982.
- 16.- Castañeda, C.: Las enseñanzas de D. Juan (Relatos de Roder) (Orig.: 1974), 1986. Fondo de Cultura Económica.
- 17.-Cohen, Sidney.: Historia del LSD. Ed. de bolsillo, cuadernos para el diálogo, no. 211, editado en 1982.
- 18.- Drogodependencias: Un reto multidisciplinario, país Vasco, -- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Tomo I y II 1985.
- 19.- Font Quer, P.: Plantas Medicinales (Discorides Revanado). 3a. - Ed.labor Barcelona, 1986.

- 20.- Font Quer, P.: Plántas Medicinales y Drogodependencias; Ed.Labor, 1988.
- 21.- Freixa Santefeliu, F. : Sēminario de Alcoholismo y Toxicomanías del Depto. de Psiquiatría y Psicología Médicas de la Facultad de Medicina de Barcelona. (fotocopia), 1985.
- 22.- Freixa, F.: El alcohol droga Institucionalizad, Jano, no. 246, X, 1986.
- 23.- Freixa, F.y Bach, L.: Sociopatología del alcoholismo (cpa. 6, en La Enfermedad Alcohólica. Gasull, M.A.), pp.97-109. Forgraf.- Barcelona 1980.
- 24.- Freixa, F., P.A.Soler Insa,: Toxicomanías; Un enfoque multidisciplinario Barcelona, ed. fontanella, 1981.
- 25.- Freixa, F.y col.: La problemática del tratamiento de los adictos a la heroína y otros opiáceos. VIII Sociodrogalcohol, - Pamplona 1980.
- 26.- Freud, S.: Escritos sobre la coaína, Ed. Anagrama, 1985.
- 27.- Goodman, L.S. y Gilman, A.: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 4ª edición, 1986, ed. Interamericana.
- 28.- Goodman, P. : Problemas de la Juventud en la Sociedad Organizada, edición 62. Barcelona, 1986.
- 29.- Huxley, A.: Heaven and Hell. Chatto-Windus. Londres, 1956.
- 30.- Instituto Nacional de Publicidad. Revista Publitecnia. Madrid núms 51, 52, 1986. La inversión publicitaria en 1987.
- 31.- Eramer, J. F., Cámeron, D. C.:Manual sobre Dependencia de las Drogas. OMS. Ginebra, 1985.

- 32.- Labin, S.: el mundo de las drogas, ed. Barcelona, 1985.
- 33.- Laporte, J.: Los medicamentos. La Goya Ciencia, Barcelona, 1982.
- 34.- Lewin, L.: Phantástica-Payot. Ed. París, 1980.
- 35.- Neuman, R. C. Planificación del tratamiento del uso indebido de drogas. Descisiones Críticas. Bal. de Estp. N. V., Vol. XXX, 2, 41, 1984.
- 36.- O. M. S. Comité de expertos en farmacodependencia. 20 informe. serie de Informes Técnicos, 829, Ginebra, 1984.
- 37.- O. M. S. Comité de expertos en farmacodependencia. El Informe. serie de Informes Técnicos, 912, Ginebra, 1986.
- 38.- O. M. S. Consecuencias del Tabaco para la Salud, Informe de un Comité de Expertos de la OMS, serie de Informes Técnicos, 918, Ginebra, 1987.
- 39.- O. M. S. Lucha Contra el Tabaquismo Epidémico, Informe Comité de Expertos de la OMS, sobre la lucha antitabáquica, Serie de Informes Técnicos, 636, Ginebra, 1979.
- 40.- O. M. S. Informe Técnico 910. El uso de cannabis. Ginebra, 1983.
- 41.- O. M. S. Informe Técnico 922, La Juventud y las Drogas, Ginebra 1988.
- 42.- Pérez de Barrados, J. Plantas mágicas americanas. C. S. I. C. - Madrid, 1957,
- 43.- Rosenstingl, R. El alcoholismo en la prehistoria (En: la enfermedad alcohólica", Gassull, M. A., Freixa, F. y cols.). Fargal. químicos unidos, pag. 19-40 Barcelona, 1982.

- 44.- Soler Insa, P. A. Las nuevas ideologías y las drogas, Rev. JANO, No. 310, Barcelona, 1986.
- 45.- Soler Insa, P. A. y cols. Problemática del alcoholismo y las demás toxicomanías. Publicaciones del C. H. M. A. 1985.
- 46.- Varanne, G. El abuso de las drogas. Ed. Guadarrama, 1983.
- 47.- Zaragoza, J. R. Tabaco y Salud. Ed. AC, 1980.

A P E N D I C E S

1.- CONCEPTOS BASICOS.

Droga es cualquier sustancia farmacológicamente activa que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos. Son sustancias que por su composición química actúan sobre la actividad del Sistema Nervioso Central y las funciones psicológicas, y que son susceptibles de alterar las funciones sensoriales, el estado de ánimo, la conciencia y/o el comportamiento.

La drogodependencia conlleva una dependencia física y/o una dependencia psíquica de la droga. Drogodependiente es la persona que presenta dependencia de una o varias drogas.

La dependencia psíquica es una situación en la que existe un sentimiento de insatisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar. Esta dependencia se articula, habitualmente, en torno a un grupo que hace del consumo habitual de drogas una de sus normas implícitas de convivencia.

La dependencia física es un estado de adaptación entre el consumidor y la droga, que se manifiesta por intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de la droga. Una misma persona -- puede ser dependiente de una o más drogas.

La aparición en una persona de determinada dependencia respecto a una droga particular, depende de la acción conjugada de tres factores:

1.- Las características personales.

2.- La naturaleza del medio sociocultural general y del inmediato.

3.- Las características farmacodinámicas de la droga en cuestión: cantidad utilizada, frecuencia de uso y vía de administración --- (ingestión, inhalación o inyección).

- Dependencia psico-social.

El factor "efecto farmacológico" y el de "expectativa de uso" origina una situación y un proceso relacional que necesariamente nos obliga a adjetivar a la dependencia de un producto como psicosocial o comportamental, puesto que factores de interacción personal y sociales son los que determinan la estructura de la conducta del dependiente.

No tan solo el status del producto, caso del alcohol, determinan las peculiaridades de la dependencia psicosocial, sino que la educación sobre los conceptos culturales en referencia a los tópicos de los "beneficios" del uso de los mismos las "mitologías" sobre las capacidades gastronómicas o la cuestión de la posible vinculación místico-folklorico con el producto, forman el conjunto de realidades que determinan la actitud racional sujeto-producto que denominamos dependencia y que la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) define como "dependencia psicosocial".

El síndrome de abstinencia es un estado de malestar que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos (temblores, sudoración, vómitos, carne de gallina, anorexia, hipertensión, pérdida de peso, fiebres, a veces colapso...) cuando se interrumpe la administración de la droga y que es característico de cada droga.

Síndrome de Querencia tomando prestado un simil de los pastores de ganado vacuno o lanar, diríamos que existe una "querencia" inevitable hacia la adquisición y ulterior uso del producto, existiría por lo tanto en ausencia del producto, un "síndrome de querencia".

La tolerancia es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo efecto farmacodinámico; es decir, necesidad de administrarse más cantidad de droga para seguir sintiendo los mismos efectos. Es característica de las drogas que producen dependencia física.

La tolerancia cruzada es un fenómeno por el que al tomar una droga - aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo y a veces de otro. Por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa; en menor grado, el consumo - intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos.

2.- ASPECTOS GENERALES.

Toxicomanía es un estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial al individuo y a la sociedad, engendrado por la consumición de una droga (natural o sintética).

Características:

- 1) Un deseo invencible de continuar consumiendo la droga y de procurársela por todos los medios.
- 2) Tendencia a utilizar dosis cada vez mayores.
- 3) Una dependencia de orden psíquico y/o físico de la droga.

Personas predispuestas a padecer toxicomanía.

Toxicofilia orgánica - toxicomanías accidentales

Toxicofilia

Toxicofilia psíquica

La toxicomanía es una enfermedad generada por causas múltiples (polietilogía) y se expresa por tanto en patologías diversas, psicológicas, sociales, físicas, etc.

Todo abordaje terapéutico deberá ser polidimensional y en líneas generales referirse a dos grandes vertientes: la médico-biológica y la psicosocial, articulando ambos aspectos.

3.- ~~TEL~~ LAS ESTADISTICAS OFICIALES.

CUADRO N.º 1

Año 1971

PAIS	ALCOHOL ABSOLUTO Consumo per cápita	MUERTE/CIRROSIS Por 100.000/h.
Francia	25,9	45,3
Italia	20,0	27,3 (*)
Portugal	19,5	42,7
España	17,1 (a)	24,3 (*)
Austria	16,0	35,0
R. Federal Alemana	16,0	26,7
C. Helvética	15,8	19,7
Hungría	12,4	12,9
EE.UU.	12,0	18,4
Rusia	11,4	13,1
Canadá	11,1	10,0
Gran Bretaña	10,9	9,7
Dinamarca	9,9	10,2
Bélgica	9,3	12,9
Polonia	9,0	8,6
Suecia	8,4	7,9
Holanda	7,7	4,9
Noruega	5,9	4,7

(*) Datos evaluados por algunos países: años 1963, 1964, 1965.

(a) Las mismas fuentes dan para España: 14,1 l/año, referidos a 1969, 1970.
El aumento pues, sería espectacular.

Fuentes: (Fernández, F. A., 1976; O.E.C.D., 1970; Produkschap, 1976).
(Elaboración propia)

179

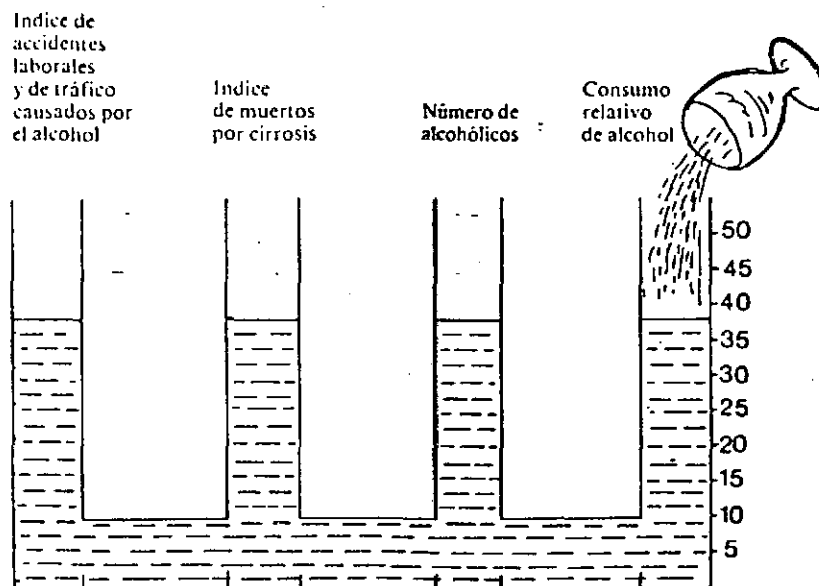


Figura 2. El consumo de alcohol y sus consecuencias puede afirmarse que sigue una ley similar a la de los vasos comunicantes en física.

ura 3. Proceso de producción y consumo de las bebidas alcohólicas.

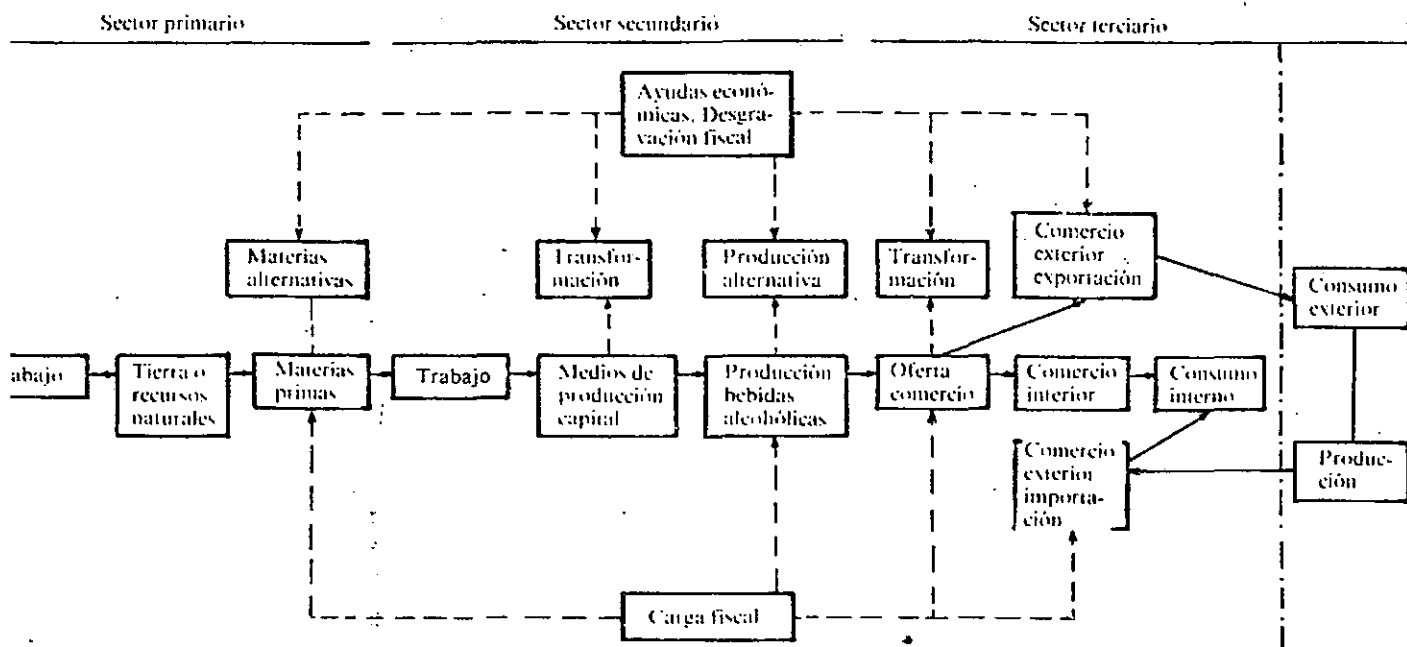


Figura 4. Organigrama de planteamiento y acción, orientado a la prevención de las toxicomanías.

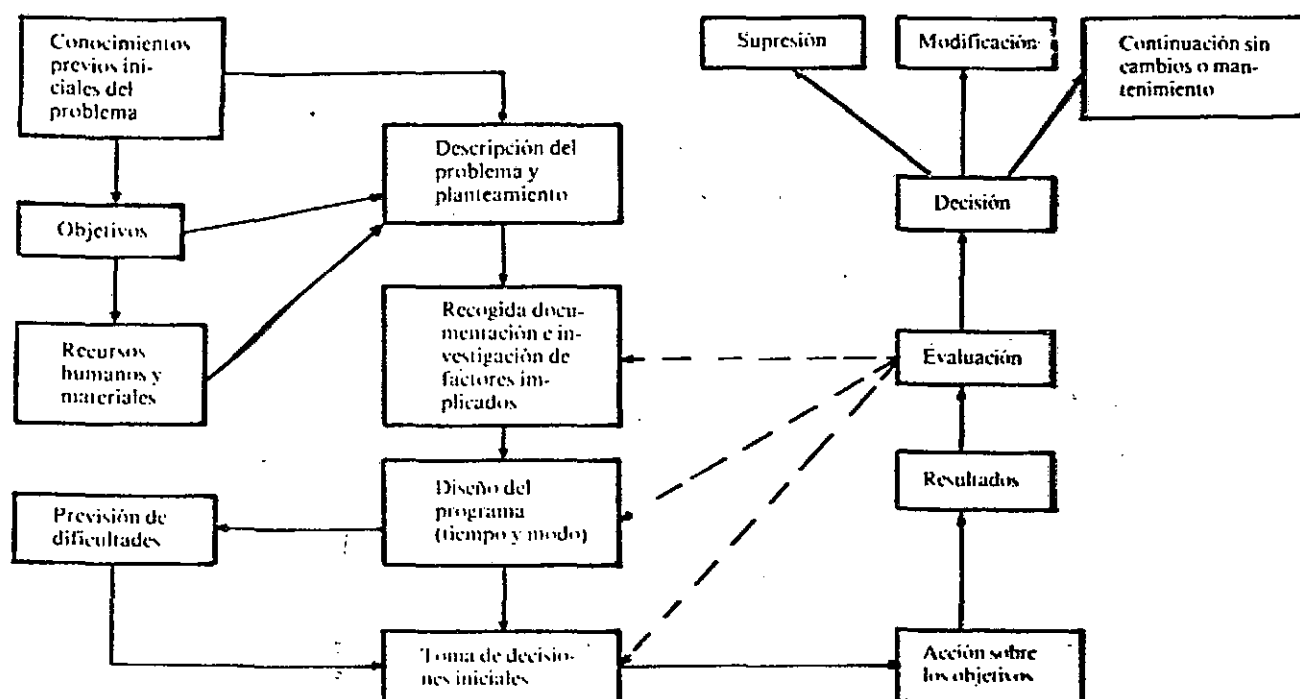


Tabla 1. PRECIO RELATIVO DE LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS, CONSUMO TOTAL Y MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA EN DIVERSOS PAISES.

Pais	Consumo de alcohol (a)	Porcentaje de los productos de destileria en el consumo total (b)	Precio relativo (c)	Mortalidad por cirrosis hepática (d)	N.º de personas con un consumo medio diario superior a 150 ml (f)
Francia	24,66	13,5	0,016	51,7	9.050
Italia	18,00	12,6	0,027	30,5	7.390
Portugal	17,57	4,1	0,023	48,0	4.420
España	16,03	21,9	—	37,5	5.350
Austria	14,47	18,2	0,025	38,5	3.690
R. F. de Alemania	13,63	21,2	0,026	29,0	4.820
Australia	10,71	—	0,029	7,8	3.290
Checoslovaquia	10,27	17,4	0,080	14,8	—
Canadá	8,95	36,0	0,029	11,6	2.460
Bélgica	8,42	15,0	0,022	14,2	3.650
Reino Unido	7,66	14,2	0,057	4,1	2.130
Irlanda	7,64	34,4	0,092	5,0	1.830
Dinamarca	7,50	17,2	0,069	11,6	2.470
Países Bajos	6,19	37,0	0,028	5,7	1.870
Finlandia	4,16	46,7	0,117	5,4	1.500

(a) Litros de alcohol absoluto consumidos por habitante de 15 o más años en 1966 ó 1967. Datos reunidos por la Addiction Research Foundation Toronto (Canadá).

(b) De Lint, J., y Schmidt, W., Nueva York, John Wiley & Sons; Proktschap voor Gedistilleerde Granken (1969), Verlag over het jaar, 1968, Schiedam.

(c) El precio de 10 litros de alcohol absoluto contenidos en la bebida más barata de las que puede disponer el consumidor, divididos por los ingresos personales netos. Datos reunidos por la Addiction Research Foundation, de Toronto, y procedentes de los Departamentos Oficiales competentes de cada país.

(d) Tasa anual de mortalidad por 100.000 habitantes de 20 años o más. Datos del Demographic Yearbook, 1966, Nueva York, Oficina Estadística de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 1967. Para España, mayores de 24 años (1970).

(e) Para España, los datos proceden de la tabla n.º 2, corregidos para la población mayor de 14 años.

(f) De Lint, J. (1974). The epidemiology of alcoholism... En: Kessel, N. y cols., ed. Alcoholism: A medical profile. Proceedings of the First International Medical Conference on Alcoholism, Londres, 10-14 September 1973, Londres, B, Edsall.

FUENTE: Comité de Expertos de la O.M.S. en Farmacodependencia, 20.0 Informe. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1974.

Tabla 2. PRODUCCIÓN Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS (1)
(Valores indices con base 1955 = 100). España.

Año	VINO				LICORES	
	Producción miles de litros	Consumo en litros por habitante y año	Consumo en litros de alcohol por habitante	Indice	Producción miles de litros	Consumo en litros por habi- tante y año
1955	1684700	52,13	6,77	100	73195	1,65
1956	2114400	65,85	8,55	126,2	65000	2,24
1957	1736500	52,01	6,76	99,7	57052	2,28
1958	1983400	59,21	7,69	113,5	86590,7	2,766
1959	1727800	50,05	6,50	96	76049,7	1,429
1960	2125700	54,26	7,05	104	87165	2,80
1961	2018400	56,73	7,37	108,8	92047,1	3,018
1962	2422200	63,30	8,22	121,4	110004,4	3,45
1963	2555400	64,46	8,37	123,6	138519	4,41
1964	3417500	66,35	8,62	127,2	156682	4,95
1965	2645200	60,32	7,84	115,6	203107	6,373
1966	3074900	64,34	8,36	123,4	182712	5,798
1967	2331000	60,32	7,84	115,6	192981	6,018
1968	2313300	55,29	7,18	106,0	222465	6,814
1969	2461900	56,00	7,27	107,4	236902	7,236
1970	2560500	53,00	6,88	101,6	232485	7,099
1971	2432500	53,28	6,92	102,1	250907	7,491
1972	2656000	58,65	7,54	111,3	246222	7,179
1973	3999900	60,80	7,90	116,6	249465	7,227
1974	3619000	64,00	8,31	122,7	270888	7,778
1975	3246500	65,60	8,52	125,8	279950	7,931
1976	2432700	61,30	7,96	117,5	308657	8,67
1977	2182000	59,20	7,69	113,5	341400	8,98
1978	2903100					
1979	4900400					

FUENTES: Elaboración propia. Para la producción y consumo de vino se ha consultado la «Semana Vitivinícola» 7-14 julio 1979, el Anuario de Estadística y la Dirección de Salud Pública. Los datos para la producción de licores y cerveza se han obtenido a partir de Industria Española y Estadísticas Básicas de España 1907-1970. Para complementar los datos de producción y deducir el comercio exterior se ha utilizado el Anuario Estadístico de España y Contabilidad Nacional.

TABLA 2 (continuación).

LICORES			CERVEZA			ALCOHOL	
Consumo litros alcohol habitante y año	Índice	Producción miles de litros	Consumo litro habitante y año	Consumo litros alcohol habitante y año	Índice	Litros alcohol habitante año	Índice
0,72	100	168329	5,79	0,34	100	7,86	100
1,01	135,8	182723	6,23	0,37	107,6	9,94	126,3
1,02	138,2	237061	8,02	0,48	138,6	8,27	105,1
1,24	167,7	289705	9,72	0,58	168,2	9,52	121
0,64	86,6	329500	10,96	0,65	189,7	7,81	99,2
1,26	169,7	343300	11,10	0,66	191,9	8,98	114,1
1,35	182,9	409984	13,40	0,80	231,7	9,56	121,2
2,55	209,2	466688	15,09	0,90	260,5	10,68	135,8
2,98	267,4	568465	18,20	1,09	314,6	11,45	145,6
2,22	300	690609	21,87	1,31	378,1	12,16	154,6
2,86	386,5	749710	23,49	1,40	406,2	12,12	154,0
2,60	351,7	835222	25,89	1,55	447,8	12,52	159,2
2,70	365	941805	28,89	1,73	449,6	12,28	156,1
3,06	413,3	1026006	31,14	1,86	538,6	12,12	154,1
2,57	438,9	1075519	32,30	1,93	558,7	12,47	158,5
3,18	429,8	1230695	36,57	2,19	632,4	12,27	156,0
3,37	454,4	1218355	35,80	2,14	618,9	12,44	158,1
3,23	435,4	1233248	35,81	2,14	618,8	12,93	164,3
3,25	438,3	1475463	42,34	2,53	723,1	13,69	174,1
3,50	471,8	1548269	43,90	2,63	759,1	14,45	183,7
3,56	481	1662602	46,58	2,79	805,4	14,89	189,2
3,90	525,9	1712709	47,42	2,84	820	14,71	187,0
4,04	544,52	1727310	47,26	2,83	817,5	14,56	185,2

(1) No se incluye la producción y consumo de sidra, así como la producción y consumo de licores no registrados en Industria y las importaciones sin control aduanero, ni el alcohol de melisa consumido con fines medicinales y con alta graduación.

(2) Elaborado con datos procedentes de la revista Aral año 1979.

(3) Para la obtención de la producción de licores para los años 1955, 1956, 1957 y 1960, se han obtenido de las Memorias de la Dirección General de Impuestos Indirectos, citadas en el Estudio Sociológico de la Familia Española, Cajas de Ahorros Confederadas.

Tabla 3. PRODUCCION MUNDIAL DE VINO Y CERVEZA EN MILES DE HI

	1939 (1)	1953	1963	1973	1977
Vino	200000	218250 (2)	258000	354503	285365
Cerveza	225000	308800	450700	732750	801280

FUENTE: Statistical Yearbook de 1970 y 1978. Nations Unides.

(1) Cifras procedente de J. Godard. XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.

(2) Valor medio, año 1952—1956.

Tabla 4. RECAUDACION DE IMPUESTOS ESPECIALES SOBRE ALCOHOLES
(En millones de pesetas)

	1973			1974			1975			1976			1977		
	Valor en origen	Impuesto	Tanto por ciento	Valor en origen	Impuesto	Tanto por ciento	Valor en origen	Impuesto	Tanto por ciento	Valor en origen	Impuesto	Tanto por ciento	Valor en origen	Impuesto	Tanto por ciento
Alcoholes vinicos	5679,3	216,9	3,81	999,37	382,1	3,82	10310,2	393,8	3,81	7674,4	278,6	3,63	10532,8	198,8	1,88
Alcoholes industriales	1333,8	1826,8	136,96	1822,1	826	45,33	1990,8	525,0	26,37	13116,6	1432,1	45,95	3561,6	1468,7	41,23
Licores	15363,2	1304,1	8,48	17488	1390,4	7,95	17366,3	1445,9	8,32	21145,4	1657,8	7,84	30735,3	1957,7	6,36
Cerveza	17417	2173,6	12,48	19676,6	2270,4	11,53	22505,2	2411,3	10,71	24773,1	2477,3	9,99	30127,5	2510,6	8,33

FUENTE: Estadísticas Presupuestarias y Fiscales, Ministerio de Hacienda, Secretaría General Técnica, años: 1973—1977. Elaboración propia.

Tabla 5. CONSUMO DE ALCOHOL PURO POR HABITANTE Y AÑO EN DIVERSOS PAISES DE EUROPA.

País	1975	1977
Francia	16,4	17,0
Luxemburgo	14,4	13,3
Portugal	14,0	13,9
España	13,1	14,1
Alemania Federal	12,4	12,5
Italia	12,1	13,4

FUENTE: Produktschap voor Gedistilleerde Drau Ken. Schiedaw Holanda.

Tabla 6. SERIE HISTORIA DE LA SUPERFICIE DE LA VID. ESPAÑA.

Años	Superficie media en Ha	Años	Superficie media en Ha
1931—1935	1399,00	1971	1476,2
1951—1945	1375,00	1972	1540,8
1946—1950	1414,00	1973	1574,2
1951—1955	1493,00	1974	1567,0
1956—1960	1564,20	1975	1610,6
1961—1965	1561,10	1976	1622,0
1966—1970	1560,56	1977	1636,9
1971—1975	1553,76	1978	1657,0

Tabla 9. Estimación de la cantidad de cannabis consumida por día y su equivalencia en Δ^9 -THC*

País	Preparación	Dosis media diaria		Dosis máxima diaria		Referencia
		Peso (g)	Δ^9 -THC (mg)	Peso (g)	Δ^9 -THC (mg)	
Egipto	Hachis	1,1	55	4	200	Soueif, 1967
Egipto	Hachis	—	—	4	200	Abdulla, 1953
	Hachis	1,3	13	—	—	Chopra, 1940; Chopra y Chopra, 1939
India	Hachis	6,0	60	24	240	Indian Hemp Drugs Commission, 1894
	Ganja	1,2	36	—	—	Chopra, 1940
	Ganja	1,9	57	—	—	Chopra, 1969
India (Bengala)	Ganja	1,0	30	12	360	Indian Hemp Drugs Commission, 1894
India (Punjab)	Ganja	2,2	66	—	—	Indian Hemp Drugs Commission, 1894
India	Ganja o charas	0,5	15 ^a	—	—	Chopra, 1935
India	Ganja o charas	5,0	150 ^a	24	720 ^a	Chopra y Chopra, 1939
Marrocos	Kif	6,0	60	18	180	Sigg, 1963
África del Sur (experiencias <i>ad libitum</i>)	Dagga	1,3	13	2	20	Pretoria Mental Hospital Report, 1938
Estados Unidos de América (experiencias <i>ad libitum</i>)	Marihuana	2,5	25	10	100	Siler y cols., 1933
	Marihuana	8,5	85	13	130	Williams y col., 1946
	Marihuana	4,2	42	8	80	Mayor's Committee on Marihuana, 1944
Estados Unidos de América	Marihuana	2,5	25	5	50	Charen y Perelman, 1946
	Marihuana	4,0	40	5	50	Mayor's Committee on Marihuana, 1944
	Marihuana	1,3	15	—	—	Williams y col., 1946

* Las equivalencias en Δ^9 -THC se calculan basándose en los contenidos aproximados siguientes: marihuana, 1 %; ganja, 3 %; hachis, 5 % (véase la sección 2.1.1).

^a El consumo no es necesariamente diario.

^b Estimación para ganja.

Tomada de «El uso de cannabis». Informe de un grupo científico de la O.M.S. Serie de informes técnicos. N.º 478 O.M.S. Ginebra 1971.)

TABLA N.º 29 PRODUCCION INDUSTRIAL DE TABACO EN DIVERSOS

Cigarrillos expresados en millones de unidades, puros (cigarros) en millones de unidad

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Mundial	1992500	2046400	2127900	2145200	2296000	2349900	2406000
Brasil	41599	—	59992	59190	48607	49933	64733
Holgueria	15340	17070	18935	22409	32148	37855	35312
Cuba	13611	14400	15346	16015	16462	18455	19628
Francia 319	47611	50668	51674	50180	55622	57627	61963
Alemania R.F.	56791	59437	62228	94270	102060	108456	107112
India	39466	41124	40062	46196	54033	58230	53700
Italia	53375	55926	55651	58899	58798	63131	65197
Japón	132537	147500	151174	165097	181034	182189	197094
España	28063	33678	34849	35469	42311	44952	43203
Suiza	12251	13479	15299	15669	19073	15606	18562
URSS	247802	229682	257748	280313	304400	303460	286598
EE.UU.	518031	529883	543687	534973	562368	562667	572790

Elaborado con datos procedentes del Fuente Statistical Yearbook años: 1970, 1974, 1978, Nati

PAISES DEL MUNDO

dades, tabaco en toneladas métricas

	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Mundial	2456700	2603750	2684050	2800480	2864930	2980380	3116300	3122505	3055520	3321560
Brasil	41044	69706	70703	74133	78554	83581	94288	101741	112101	129000
Holgueria	41044	52582	55082	64708	67214	69719	71133	71409	73110	76575
Cuba	21756	25146	19806	10247	11218	14871	14532	15700	15100	16200
Francia 319	62822	70547	69886	74301	71634	72454	81438	87402	86546	80055
Alemania R.F.	15128	15080	13723	11769	11643	10790	9773	9330	8299	7599
India	6426	59714	62930	65778	62080	64140	60488	59283	67201	67996
Italia	61634	60382	71618	67067	66093	66751	66359	67085	73636	75175
Japón	198743	218500	221957	232214	256009	279930	292371	287000	288812	303461
España	40118	46376	50494	52605	50845	50079	57232	54461	53394	53770
Suiza	20510	24177	29229	30935	32026	31076	27995	26726	27788	30527
URSS	288543	307602	322687	334055	347758	362527	369309	364266	375201	378451
EE.UU.	570748	573002	562153	585056	592578	615562	651953	626760	688171	671737

ons United, 1971, 1975, 1979.